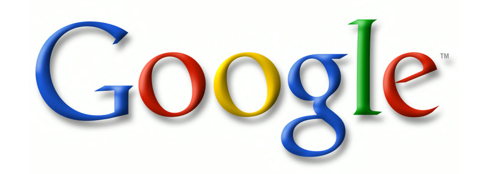



COUNTWAY LIBRARY
HC 4EAM -


BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT ET DOCET
FUNDATA
MDCCCLXX
EX DONO

ÉCHO MÉDICAL DU NORD

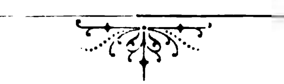
L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ANNÉE 1898

COLLABORATEURS DU JOURNAL PENDANT L'ANNÉE 1898 :

MM. AUSSET ; BAROIS ; BÉDART ; BERTHIER ; BERTIN ; BOURNOVILLE ; BOURGAIN ; BRIQUET ; BRONGNIART ; CAPLET ; CARLIER ; CARPENTIER ; CARRIÈRE ; CATHELIN ; CHARON ; CHARMEIL ; CHATELAIN ; CHOCQUET ; COMBEMALE ; DECOOPMAN ; DELÉARDE ; DEROIDE ; DESCHEEMAEKER ; DESOIL ; DOIZŸ ; DUBAR ; DUBOIS ; FAGE ; FOLET ; FROMONT ; GAUDIER ; GILBERT ; INGELRANS ; JACQUEY ; JOUSSET ; KÉRAVAL ; LAMBRET ; DE LAPERSONNE ; LAVIALLE ; LAGUESSE ; LECOMPT ; LÉVESQUE ; MABILLE ; MOTY ; MOUTON ; OUI ; PAINBLAN ; PATOIR ; POTEL ; QUIRET ; RAVIART ; RAYMOND ; ROUX ; RUYSSEN ; SONNEVILLE ; SURMONT ; TRAMPONT ; TROUCHAUD ; VANHERSECKE ; VERHAEGHE ; WERTHEIMER.



LILLE

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE ET LITHOGRAPHIQUE LE BIGOT FRERES

Rue Nationale 68 et rue Nicolas-Leblanc 25

1898


BOSTON MEDICAL
AUG 1 0 1904
LIBRARY.


CATALOGUED
AUG 20 1904
J. F. B.

Deuxième Année, N° 1. Le Numéro : 10 centimes. 2 Janvier 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. **Barrois,** professeur de parasitologie à la Faculté; **Calmette,** directeur de l'Institut Pasteur; **Carlier,** professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; **Charmeil,** professeur agrégé, chargé de la clinique de dermatologie et syphiligraphie; **Curtis,** professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; **Dubar,** professeur de clinique chirurgicale; **Folet,** professeur de clinique chirurgicale.

MM. **Kéraval,** directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; **De Lapersonne,** professeur de clinique ophtalmologique; **Looten,** médecin des hôpitaux; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; **Moty,** médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; **Oui,** professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; **Surmont,** professeur d'hygiène.

Secrétaire de la Rédaction : H. GAUDIER, *ex-chef de Clinique chirurgicale.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

La Rédaction

DE L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

avec ses meilleurs souhaits pour l'année 1898

AVIS

Ceux de nos lecteurs qui ne nous ont pas encore adressé le montant de leur réabonnement sont priés de vouloir bien nous l'envoyer en un mandat-poste. Ce mode de paiement est à la fois le plus simple et le moins coûteux pour eux et pour nous, et le talon du mandat peut leur tenir lieu de quittance. Les recouvrements par la poste sont augmentés de 0,50 centimes.

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Trois cas d'intoxication mercurielle, par le docteur **J. Patoir** — Fracture de la 5e vertèbre cervicale et luxation de la 4e; dilacération de la moelle, par le docteur **Barois.** — L'acide picrique dans le traitement des blépharites, par le docteur **Fage.** — Accident rare, que l'on peut faire rentrer dans les suites éloignées de l'hystérectomie, par le docteur **L. Dubar.** — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'Académie de médecine, M. LABBÉ fait remarquer, à propos de la communication de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dans la dernière séance, qu'il est des fractures qui doivent être traitées par l'immobilisation. Parmi elles, il faut ranger les fractures de la partie moyenne des os longs et surtout celles du tiers inférieur de la jambe. Si on les traite par une autre méthode, la pseudarthrose s'établit et elle devient de plus en plus fréquente depuis l'extension de la nouvelle méthode. M. CHAMPIONNIÈRE maintient que l'immobilisation est défavorable à la réparation de n'importe quel tissu. Dans la pratique, on doit mobiliser les fragments osseux chaque fois qu'il n'y aura aucune tendance à la déformation. Il admet, avec LABBÉ, qu'il existe des fractures, comme celles du tiers inférieur de la jambe, qu'il faut continuer à traiter par l'ancienne méthode. Mais, à son avis, il y a plus d'accidents consécutifs aux fractures immobilisées qu'a celles qui ne le sont pas. Attendons-nous à voir la querelle durer encore longtemps.

⁂ M. RENAUT présente la radiographie de la main d'une femme syringomyélique. Elle offrait les caractères de la fameuse main succulente dont MARINESCO voudrait établir la spécificité. On voit, sur cette épreuve, que le squelette est intact : seulement, au niveau des deux dernières articulations interphalangiennes, la bande articulaire est détruite, d'où un certain degré d'ankylose. En outre, les épiphyses des mêmes phalanges sont transparentes, ce qui indique leur envahissement par la graisse. Tous ces caractères sont assez nets pour différencier facilement cette main de celle de sujets atteints de certaines formes de rhumatisme chronique.

⁂ M. DEFONTAINE propose l'hystérotomie du sphincter utérin comme méthode de choix dans le traitement des métrites, lorsqu'on n'a pas à se préoccuper de la possibilité d'une grossesse.

⁂ MM. CORNIL et CARNOT ont étudié ce qui se passe lorsqu'on incise une cavité muqueuse (vésicule

biliaire, appendice, cornes utérines) et qu'on fixe les lèvres de la plaie de façon à la maintenir ouverte. Quinze à vingt jours après, la paroi est reconstituée dans son intégrité. Ces cavités ont une tendance invincible à se refermer et à reconstituer leurs formes. Les parties cicatricielles présentent les cellules de revêtement et les glandes qui existent à l'état normal.

*** M. BAZY, à la **Société de chirurgie**, étudie un cas d'abcès pelvirectal inférieur, avec prolongement pelvirectal supérieur, intéressant au point de vue bactériologique. Le pus contenait, en effet, du pneumocoque ; il était vert et non fétide. La guérison a eu lieu sans encombre ; rien n'explique la présence de ce microorganisme.

M. TUFFIER a opéré trois malades atteints d'ulcère de l'estomac en pleine évolution, avec hématémèses considérables et incoercibles dans deux cas. C'était deux hommes robustes qui étaient arrivés à un état d'anémie extrême et de cachexie profonde ; le troisième sujet est une femme chez laquelle il s'était fait une péritonite par propagation. Le premier ulcère occupait la petite courbure et la face inférieure du foie ; le second, la région prépylorique ; le dernier, la grande courbure vers son tiers supérieur.

L'ulcère de la petite courbure formait avec le foie une masse ligneuse indurée, simulant un néoplasme ; celui de la région prépylorique était bien limité, à bords réguliers ; au contraire, chez la femme, le péritoine était injecté, il y avait du liquide citrin dans l'abdomen, un estomac absolument adhérent derrière les fausses côtes. Chez ces trois malades, M. TUFFIER a fait la gastroentérostomie postérieure transmésocolique. Le premier a succombé ; l'autopsie a montré uniquement une plaque ulcéreuse à la face inférieure du foie. L'autre homme qui vomissait le sang à pleine cuvette est sorti de l'hôpital mangeant la nourriture commune ; la femme a si bien guéri, qu'elle n'a plus voulu, au douzième jour, continuer le régime lacté qu'elle suivait depuis trois ans.

L'opération ainsi pratiquée remédie à la rétention gastrique et met l'organe au repos ; c'est sur l'élément moteur qu'elle agit, car la guérison est si rapide que l'ulcère n'a pas le temps de se réparer. Il est certain que la digestion stomacale continue après l'anastomose, mais au moment où elle est chimiquement suffisante, l'estomac évacue son contenu sans avoir à lutter contre le pylore réfractaire.

Le même auteur présente un angiotribe comparable au lamineur de DOYEN. Avec cet appareil il a pratiqué deux hystérectomies sans ligature ni pince. L'hémostase est parfaite.

La partie comprise entre les mors de la pince est aussi mince qu'une feuille de papier à cigarette. M. TUFFIER croit ce procédé de broiement applicable à une artère quelconque.

*** M. DELAMARRE, dans une plaie du dos du poignet, a réuni les bouts périphériques des trois derniers tendons de l'extenseur commun au tendon extenseur de l'index resté intact. C'est le premier exemple de triple anastomose tendineuse ; le résultat en est, d'ailleurs excellent.

*** M. BUFFET a enlevé un volumineux kyste multiloculaire du cou ; il adhérait à la jugulaire interne qu'on a dû lier.

Cette adhérence est des plus fréquentes, à telle enseigne que HUETER et GLUCK ont, dans un cas, passé une ligature en chaîne, dans la jugulaire même, pour éviter une hémorrhagie grave. Ces kystes congénitaux envoient quelquefois des prolongements dans le sterno-cléido-mastoïdien qu'ils envahissent à la façon des tumeurs malignes.

*** M. NÉLATON présente un garçon de vingt ans auquel il a pratiqué, pour un cal vicieux, consécutif à une fracture sous-trochantérienne, une ostéotomie oblique, suivie de l'extension continue. Le malade marche déjà avec un raccourcissement ne dépassant pas 1 c. 1/2.

A la **Société Médicale des Hôpitaux**, MM. TRIBOULET et COYON rapportent qu'ils ont soumis à l'étude plusieurs cas de rhumatisme articulaire aigu pour rechercher dans le sang le bacille d'ACHALME. Ils ont examiné de même deux choréiques avec fièvre. Chez tous sans exception, ils ont pu isoler et cultiver un diplocoque spécial, complètement différent du microbe en question. Ce dernier pourtant s'est rencontré deux fois en association ; il s'agissait de rhumatismes gravement compliqués.

Les auteurs ont alors recherché ce diplocoque dans les cultures provenant d'une autopsie antérieure qui avait donné le bacille d'ACHALME et ils ont pu l'y retrouver. C'est un coccus oblong, toujours réuni par paire, de 2 μ environ, anaérobie facultatif, ne se décolorant pas par le Gram.

Dans le rhumatisme, le bacille d'ACHALME semble accompagner les formes graves ; il surviendrait comme agent contingent, capable d'amener des complications. Il est possible que le nouveau diplocoque de TRIBOULET soit vraiment le microbe du rhumatisme, à moins toutefois que de nouvelles recherches ne viennent contredire ces faits intéressants.

*** M. BOINET a eu l'occasion d'observer un cas

de pleurésie putride sans gangrène du poumon ni de la plèvre et de pneumothorax par exhalation gazeuse, analogue à celui de MM. WIDAL et NOBÉCOURT. C'était un empyème cloisonné et la pleurotomie n'ouvrit qu'une poche ; le malade succomba et l'autopsie montra deux autres poches dont l'une refoulait le cœur. Toutes deux étaient remplies de pus fétide et de gaz. Il n'existait aucune communication pulmonaire ni bronchique, il n'existait ni gangrène, ni tuberculose. En pareil cas, il est nécessaire de pratiquer largement et d'emblée une vaste résection costale et même l'incision totale du plastron thoracique.

MM CAUSSADE et RÉNON ont fait l'autopsie d'un malade mort à 62 ans d'un cancer de l'estomac Cet organe était si atrophié qu'il avait à peine le diamètre du côlon transverse ; le néoplasme avait détruit le sphincter pylorique. Enfin les autres viscères, foie, reins, rate, intestin grêle, présentaient une atrophie rappelant celle de l'estomac. L'atrophie gastrique était due dans ce cas, au fait que par suite de la suppression du sphincter pylorique, les aliments passaient directement dans le duodénum, l'estomac étant ainsi devenu un simple lieu de passage. Il n'est peut-être pas sans intérêt de faire remarquer que M. TUFFIER, ainsi qu'on l'a vu un peu plus haut, prétend que, malgré une large communication entre l'intestin et l'estomac, celui-ci garde encore les aliments dans sa cavité, jusqu'à élaboration chimiqne complète.

A la **Société de thérapeutique,** M. CAMESCASSE relate une intoxication par des doses minimes de calomel, survenue chez un cardiaque. Il y eut un érythème intense avec gonflement douloureux, suivi de desquamation. M. LEGENDRE a vu un érythème généralisé à la suite de l'ingestion d'un centigramme de sublimé Ces phénomènes surviennent en général à la suite de l'absorption de sels solubles.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord,** M. LAMBRET étend aux fractures de cuisse, aux lésions traumatiques, ou opérations de la cuisse, du genou et du pied, le traitement par la méthode ambulatoire. C'est ainsi qu'il a appliqué un appareil de son invention dans un cas d'ostéotomie du fémur, qu'il fit marcher au 15e jour.

M. MOTY décrit un cas de dystrophie ungnéale qui datait de deux ans, et qui coïncidait avec un rétrécissement du champ visuel, symptomatique pour lui d'hystérie. A ce sujet, M. JOIRE pense qu'on pourrait retirer de réels profits de l'hypnotisme et de la suggestion.

TRAVAUX ORIGINAUX

Trois cas d'intoxication mercurielle

Par le Dr J. Patoir, ancien chef de clinique à la Faculté.

L'emploi du mercure en médecine est d'un usage tellement commun, et la toxicité de quelques-uns de ses composés est si grande, qu'il ne faut pas s'étonner de voir chaque année, rapporter quelques cas d'intoxication due à l'emploi du mercure comme médicament interne ou externe.

Pourtant l'ingestion des différents composés mercuriques, à dose thérapeutique, donne rarement lieu à des signes d'intoxication rapide. Il faut généralement, pour les observer, un traitement hydrargyrique continué un certain temps. Mais il y a des cas où sous l'influence d'une certaine prédisposition, d'une idiosyncrasie, l'administration d'une dose unique et relativement faible d'un sel de mercure peut donner lieu à des accidents sinon graves, du moins très désagréables.

C'est ainsi que les faits se présentent dans l'observation suivante :

OBSERVATION I. — *Stomatite mercurielle intense à la suite de l'ingestion de 0 gr. 60 de calomel.* — Mme R..., de constitution normale et habituellement bien portante, souffre de la bouche et des dents depuis deux jours. Les mouvements de la mâchoire sont d'abord devenus douloureux ; les dents paraissaient s'allonger et leur contact était pénible ; les gencives gonflaient, devenaient sensibles, la gorge semblait serrée. En même temps apparaissaient une salivation abondante et des signes d'inflammation de la bouche.

Je vois, le 5 octobre 1896, quarante-huit heures après le début des accidents, Mme R.. qui présente, alors, des signes d'une stomatite violente avec des ulcérations, la plupart recouvertes d'un exsudat grisâtre. La rougeur et les ulcérations occupent toute la bouche indistinctement ; l'inflammation a gagné le voile du palais et le pharynx. Les ganglions du cou sont engorgés. Odeur fétide. Impossibilité de parler et de déglutir.

Ces signes locaux s'accompagnent d'un peu de diarrhée et d'un état général mauvais. Pas d'albumine dans les urines. Aucune trace d'éruption. En somme une stomatite intense avec ulcérations.

Il est difficile de penser à un cas de stomatite ulcéro-membraneuse, surtout en raison de l'absence des circonstances étiologiques spéciales, grâce auxquelles se développe cette affection.

D'autre part la malade ne suit aucun traitement spécifique. Elle dit pourtant avoir pris un jour avant le début des accidents un purgatif contenu dans un cachet. Après enquête, on apprend du pharmacien que le cachet contenait 0 gr. 60 de calomel et 0 gr. 15 de jalap.

La stomatite était attribuable au calomel. Des lavages antiseptiques fréquents de la bouche ; un collutoire et une potion chloratés furent prescrits. La malade guérit en dix jours sans complications.

Cette susceptibilité spéciale à l'action du mercure que nous venons de signaler, peut s'exagérer encore et être portée à des limites extrêmes. Tel est le cas suivant rapporté par M. A. Trousseau (1). Il s'agit d'une fillette de neuf ans, dans l'œil de laquelle on mettait gros comme une forte tête d'épingle, de la pommade suivante : Vaseline, 5 gr. ; oxyde jaune Hg, 0,15 centigr. ; de plus, on lui lavait l'œil trois fois par jour avec une solution de sublimé à 1/10000. Au bout d'une semaine il se déclarait de la stomatite et une éruption hydrargyrique. Tel est le cas d'une religieuse d'un service de chirurgie qui chaque fois qu'elle avait à préparer des tampons ou un pansement au sublimé présentait de la stomatite.

Les faits de ce genre sont de ceux qu'il est impossible de prévoir. Il peut être difficile, quand les renseignements font défaut, de rattacher la stomatite ou l'éruption à leur vraie cause. On doit toujours en présence de ces accidents songer à ces exemples de susceptibilité exagérée et savoir les dépister : car, il faut supprimer de suite le médicament coupable et n'en plus faire usage à l'avenir, si l'on veut ne pas aggraver l'intoxication déjà existante ou en éviter le retour.

Le mercure est aussi d'un emploi thérapeutique journalier sous forme de pommades à formules diverses. — Les frictions mercurielles restent, en effet, un des traitements les plus actifs de la syphilis ; — et certaines dermatoses chroniques, à marche torpide, se trouvent bien de l'application d'emplâtres ou de pommades hydrargyriques. — La peau non excoriée absorbe en réalité fort peu et c'est ce qui explique qu'on puisse, pendant des semaines, faire des frictions avec 6, 8 et 10 grammes d'onguent napolitain sans amener d'accidents, bien que cet onguent contienne la moitié de son poids en mercure, ce qui est une proportion énorme.

En revanche, la peau dépouillée de son épiderme a des propriétés d'absorption beaucoup plus marquées. Si, à cette facilité d'absorption se joint une difficulté dans l'élimination du toxique on risque, en employant une pommade fortement hydrargyrique, d'observer des accidents rapides et parfois graves. C'est ce qui est arrivé au malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

Observation II.— *Mal de Bright.— Prurit et dermite eczématiforme traités par une pommade mercurielle. — Intoxication mercurielle. – Attaque d'urémie.*

C..., brasseur, 45 ans, est atteint de mal de Bright. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Lui-même n'avait jamais été malade jusqu'en décembre 1893. Son métier l'obligeait à consommer quotidiennement une quantité considérable de bière et d'alcool.

Au mois de décembre 1893, il eut une attaque d'influenza qui s'accompagna de congestion pulmonaire. En l'examinant on découvrit les signes d'une néphrite : œdème des jambes, du poumon, bruit de galop du cœur gauche et 5 grammes d'albumine par litre.

Les accidents aigus disparurent en quelques semaines ; mais depuis lors il a présenté des signes permanents de mal de Bright, et le dosage de l'albumine fréquemment répété donne, chaque fois, 2 à 3 gr. par litre. Il fut mis, dès le début, au régime lacté mitigé. A part des crampes dans les mollets, quelques troubles digestifs sans importance, et, de temps en temps, une poussée d'œdème à l'occasion d'un refroidissement ou d'un écart de régime, il n'éprouve qu'un ennui médiocre de son affection.

Malheureusement, vers le milieu de 1896, il est pris de démangeaisons intolérables qui l'empêchent de dormir. Bientôt apparaissent des papules rapidement excoriées par le grattage, puis de vastes placards de dermite eczématiforme, placards suintants et largement ouverts occupant le tronc et les membres. Des lotions au chloral, au menthol, à l'acide phénique ; des pommades diverses ne réussissent pas à calmer le prurit. Il nous paraît dangereux de couvrir ces surfaces, dépouillées d'épiderme, de substances trop actives. Et d'autre part on peut penser que la peau représente une sorte d'émonctoire par où le malade se débarrasse d'une partie des toxines qui ne passent pas par la voie rénale, émonctoire qu'il serait peut être imprudent de supprimer d'un seul coup.

Mais C... dont les démangeaisons ne diminuaient pas, mécontent du traitement trop anodin qu'on lui imposait, va secrètement chez un pharmacien, préparateur d'une pommade renommée pour guérir les dartres et les eczémas et placée sous le vocable d'un illustre Saint. La formule en est complexe et nous ne sommes pas autorisés à la dévoiler ; mais nous pouvons dire que pour 20 gr. d'excipient, cette pommade contient l'énorme proportion de 1 gr. 85 de sels de mercure.

Le malade couvrit copieusement son eczéma de pommade. La vérité oblige à dire que les démangeaisons cessèrent et que les lésions de la peau parurent s'amender. Mais quelques jours après le médecin traitant était appelé et constatait des signes de stomatite intense ; il trouvait en même temps le malade bouffi, les jambes enflées et suffoquant. Il était apparu de l'œdème et de la congestion à la base des deux poumons ; la tension artérielle s'était élevée ; des vomissements et de la diarrhée étaient survenus ; les urines étaient rares et l'albumine était montée à 8 grammes par litre. Surpris, le médecin cherchait les causes

(1) Trousseau. — Un cas rare d'intoxication mercurielle. Clinique ophtalmologique, juin 1896.

de cette poussée subite et la stomatite surtout le laissait perplexe, quand Mme C.. lui raconta l'histoire de la pommade. Il en fit cesser immédiatement l'usage et mit le malade au régime lacté absolu.

Les accidents s'amendèrent petit à petit. Mais depuis ce temps, l'état de santé du malade était resté très précaire ; à chaque dosage l'albuminimètre accusait 5, 6 et 7 grammes d'albumine. L'alimentation se faisait mal ; il y avait des vomissements fréquents, de la diarrhée et il restait constamment des signes d'œdème et de congestion du poumon. Petit à petit l'état du malade s'aggrava ; ses forces disparurent ; les démangeaisons, les lésions cutanées revinrent, augmentées de suppurations multiples et quelques mois après il succombait du fait de la cachexie, produite par tous ces accidents.

Il ne faut point tirer de cette observation la conclusion que le malade est mort d'intoxication mercurielle. Il avait des lésions rénales assez accentuées pour que d'elles-mêmes, elles amenassent ce dénouement tôt ou tard. Mais peut-on douter qu'elles aient aggravé ces lésions, activé la maladie et qu'elles aient une grosse part dans la rapidité de la mort? Le malade avec ses reins insuffisants, était dans un état qui lui permettait de vivre peut-être longtemps à condition qu'il ne demandât pas à ces organes un effort plus grand qu'ils ne pouvaient donner. Et il prend un poison qui s'élimine en grande partie par le rein : il ne pouvait manquer de se produire une poussée de néphrite aiguë qui se voit même parfois sans lésion préalable du rein.

Mauriac a signalé l'apparition rapide de la stomatite chez les syphilitiques dont le rein est malade et il recommande chez eux la plus grande prudence dans l'administration du mercure. Ce danger existait au plus haut point chez notre malade : Son rein était déjà dans un très mauvais état ; il présentait, grâce à sa peau dénudée, les meilleures conditions d'absorption et d'absorption par voie sanguine ; et enfin on ne lui avait pas ménagé le poison.

La seule conséquence pratique à tirer de cette observation, c'est qu'il y a toujours un intérêt majeur à examiner les urines avant et pendant le traitement, si l'on est forcé d'employer des préparations fortement mercurielles. Que penser du pharmacien, homme compétent pourtant, qui administre une pommade toxique à un malade qu'il ne connaît pas, pour un prurit dont non seulement il n'a pu déterminer l'origine, mais qu'il n'a même pas eu sous les yeux ? N'est-ce pas plus que de l'empirisme ?

L'observation suivante est un exemple beaucoup moins probant d'intoxication par le mercure, puisque les conditions de l'empoisonnement furent mal connues et que les recherches toxicologiques ne furent pas pratiquées. Néanmoins, je l'ai rangée sous la rubrique d'intoxication mercurielle, à cause des caractères cliniques que présenta la marche de l'intoxication. Ce fut, du reste, le diagnostic porté au lit de la malade.

Observation III. — Il s'agit d'une jeune femme de 21 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels notables.

Elle devint enceinte et ayant de bonnes raisons pour ne pas désirer la venue d'un enfant, elle résolut de se faire avorter. Par des intermédiaires, elle se procura, chez un pharmacien parisien, une série de produits préparés par ce pharmacien sous forme de poudre et de liquide et chèrement vendus, d'ailleurs.

Le préparateur du médicament abortif en connaissait sans doute la valeur toxique puisqu'il avait recommandé de n'en prendre que par petites quantités. Mais l'intéressée, dans le but d'aller plus vite en besogne, absorba d'un coup un paquet et une fiole. L'effet ne se fit pas attendre. Elle fut prise de douleurs d'estomac et de ventre très violentes ; elle se mit à vomir ses aliments d'abord, puis du mucus strié de sang ; la diarrhée survint, diarrhée d'abord de couleur normale mais qui ne tarda à prendre la teinte chocolat et goudron. Puis le lendemain, la diarrhée et les vomissements continuant, les gencives devinrent douloureuses, se tuméfièrent et des ulcérations apparurent sur toute l'étendue de la muqueuse buccale ; les urines paraissent avoir été rares et chargées.

L'état général aggravé des transes mentales qu'on peut imaginer était devenu mauvais, si bien que, malgré l'opposition compréhensible de la malade, au bout de trois jours, les accidents ne s'amendant pas, on se décida à appeler un médecin.

Je constatai au niveau de la bouche les signes d'une stomatite extrêmement violente ; toute la face était enflée ; la bouche entr'ouverte laissait sortir la langue épaissie et blanchâtre ; et des flots de salive s'en écoulaient.

Les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés.

Le ventre était douloureux, ballonné. Foie un peu débordant.

Le toucher vaginal permit de sentir le col utérin normal et bien fermé : le fœtus n'avait pas bougé.

Cœur et pouls un peu rapides. Rien au poumon.

Fièvre légère avec pâleur et abattement.

Les urines sont rares, foncées en couleur ; les selles sont noirâtres, moins noires qu'elles n'ont été, déclare la mère. Il semble, d'après ce que dit l'entourage, qu'il y a en ce moment une amélioration.

Les urines dont la quantité peut atteindre environ 700 grammes en 24 heures, sont envoyées chez un pharmacien qui malheureusement n'y chercha pas le mercure ; il n'y avait pas d'albumine ; il y avait 2 gr. 80 de sucre et 14 grammes d'urée ; le foie paraît donc avoir été touché par l'intoxication.

Malgré l'absence d'une analyse chimique, en face de l'allure des accidents, je pensai à une intoxication par un sel de mercure. Quel était-il? On n'a pu se procurer à nouveau les médicaments employés.

S'agissait-il d'un purgatif violent à base de mercure? Y avait-il eu erreur de la part du pharmacien? La jeune femme s'était-elle trompée et avait-elle ingéré du sublimé qui, dans la pensée de l'homme de l'art, aurait dû être employé en injection après l'avortement? L'enquête poussée dans ce sens, avec la discrétion que réclamait le secret professionnel, n'a rien donné.

Toujours est-il que le traitement chloraté, intra et extra, le régime lacté, l'absorption d'eau albumineuse et d'une potion au bismuth, amenèrent en quelques jours la disparition des accidents et entre autres la disparition du sucre dans l'urine; et que le fœtus n'eut pas à souffrir de l'intoxication maternelle. La malade revue, en effet, trois semaines après, se portait très bien et était toujours enceinte.

Fracture de la 5e vertèbre cervicale et luxation de la 4e ; dilacération de la moelle

par le Dr **BAROIS**, médecin-major de 1re classe
à l'Hôpital militaire de Lille.

R..., soldat réserviste, âgé de 31 ans, était caserné dans un fort, où les lits sont disposés en deux séries superposées. On accède à l'aide d'un marche-pied au deuxième étage qui se trouve à deux m. du sol environ. C'est de cette hauteur que, pendant la nuit, R... est tombé sur le sol, la tête en bas, après avoir heurté un tabouret. On ne sait s'il montait à son lit ou s'il voulait en descendre. Il ne put se relever; ses bras et ses jambes étaient inertes. Toutefois il ne semble pas avoir perdu connaissance.

Il est amené à l'hôpital le 4 octobre 1897, à 2 heures du soir, dans l'état suivant: décubitus dorsal, état semi-comateux, corps inerte, peau froide, pouls petit de fréquence normale, respiration lente avec un rythme régulier; paralysie de la sensibilité et de la motilité dans les membres inférieurs et supérieurs, sauf toutefois à la main gauche, qui se redresse légèrement sous l'action des piqûres. La paralysie de la sensibilité remonte jusqu'à la base du cou. La motilité est conservée dans les muscles de la face et particulièrement des yeux, de la bouche, de la langue. Verge en semi-érection, paralysie vésicale et rétention.

R... répond aux questions, mais avec peine. Il se plaint d'une douleur violente à la partie postérieure du cou. La pression exaspère cette douleur et permet de la localiser à droite de la ligne épineuse vers la partie moyenne du cou. On voit à ce niveau un peu de rougeur des tissus, et on perçoit de l'empâtement profond. Pendant l'examen une toux gutturale fréquente s'accompagne d'efforts d'expulsion, comme pour rejeter un corps étranger de la portion pharyngienne du larynx. Cependant le doigt promené dans cette région ne découvre aucune saillie, aucune dépression.

Diagnostic. — Les douleurs vives localisées en un point limité de la partie postéro-latérale droite du cou. et l'impossibilité absolue de tourner la tête font poser le diagnostic de fracture d'une vertèbre cervicale moyenne, qui, en raison des signes objectifs, doit intéresser une apophyse transverse droite ou l'arc correspondant. D'autre part, l'idée d'une dilacération de la moelle s'impose par suite des phénomènes paralytiques étendus et immédiats.

Prescriptions. — Application de sangsues loco dolenti, immobilisation, cathétérisme.

La mort survient dans le coma, le lendemain à 7 h. du matin, soit 29 heures après l'accident.

Autopsie (pratiquée par M. le médecin principal Moty). — Crépitement gazeux dans certaines parties des parois thoraciques, Emphysème scrotal. Intégrité des organes respiratoires. Cœur normal, un peu de sang diffluent, noirâtre dans les cavités. Estomac et intestins vides, sans odeur spéciale. Foie de dimensions normales, mais à la coupe exsudation de sang noirâtre, spumeux à bulles fines.

La rotation forcée de la tête fait percevoir de la crépitation osseuse dans la colonne cervicale. Petits foyers d'apoplexie sanguine dans les muscles latéraux droits du cou. Entre la 5e et la 6e vertèbre cervicale, rupture du ligament interépineux, d'où la formation d'un orifice béant que la flexion exagère, où le doigt pénètre facilement, et au fond duquel se voient les méninges infiltrées de sang. Un fragment de l'apophyse transverse droite est complètement détaché, et le corps de la 4e vertèbre fait dans le canal médullaire une légère saillie. A ce niveau la moelle est dilacérée sur une longueur de 1 cm et demi environ, et présente l'aspect de pulpe rougeâtre.

Remarques et Observations. — I. — Le mécanisme du trauma est difficile à préciser. La chute directe sur le sommet de la tête produit généralement l'écrasement des corps vertébraux, qu'on n'a pas constaté ici. La fracture par action musculaire, très discutable en elle-même, est peu probable dans l'espèce. On peut admettre que le rachis étant dans un léger degré de flexion, le choc sur un corps dur a exagéré cette flexion, projetant en avant et un peu à gauche la tête et les vertèbres cervicales supérieures, tandis que le reste de la colonne vértébrale continuait sa poussée verticale sous l'effort du poids du corps, d'où diastasis, rupture du ligament postérieur et fracture d'une apophyse latérale droite.

II. — Des manœuvres brutales auraient seules permis de constater la fracture sur le vivant, en raison de la profondeur des apophyses transverses et des lames vertébrales. Cependant la chute sur la tête d'un lieu élevé, l'action directe d'un choc violent, la douleur en un point précis, un certain degré d'empâtement des tissus étaient des signes positifs suffisants.

D'autre part, la lésion médullaire, déjà probable par l'application du trauma spécial en un point où les lames vertébrales sont physiologiquement assez écartées, cette lésion médullaire s'affirmait très grave par les accidents immédiats et étendus de la sensibilité et de la motilité. De plus l'intégrité fonctionnelle du nerf phrénique permettait de localiser au-dessous de l'axis la blessure de la moelle. Enfin il y avait lieu d'écarter la commotion simple, ou la compression par un foyer hémorrhagique intra-rachidien, parce que la paralysie

était complète d'emblée, et que de ce fait une dilacération profonde de la moelle était probable.

Le diagnostic posé entraînait un pronostic fatal. Dans ces conditions la mise à nu du foyer, la trépanation du rachis, ou toute autre intervention active devrait être écartée. Nous avons même pensé que toute manœuvre pour préciser le diagnostic serait imprudente et hâterait la mort. Nos prévisions ont été justifiées par le décès rapide du blessé et par la nécropsie.

III. — En dehors des lésions propres au trauma de la colonne vertébrale et de la moelle il y a lieu de retenir, pour en rechercher l'explication, les trois points suivants : emphysème du scrotum, crépitement gazeux dans certaines parties de la paroi thoracique, foie brun foncé donnant à la coupe une exsudation spumeuse. Ces phénomènes nous semblent dus à une infection bacillaire soit agonique, soit post-mortem. Il s'agit probablement d'une action du bacille coli, comme dans le cas rapporté par HEYDENREICH de Wilna (*Centralblatt für Bakteriologie*, octobre 1897) et dont je traduis ici le passage suivant :

« Autopsie d'un typhoïdique au troisième septénaire, qui n'a présenté pendant la vie aucun phénomène hépatique. On trouve le foie très légèrement hypertrophié, noirâtre à la coupe ; de petits fragments jetés dans l'eau surnagent ; à l'examen microscopique, les granulations et les vaisseaux sont entourés d'une couronne de bacilles courts, qui, par leur forme, leur coloration et le dégagement de gaz, paraissent être des bacilles coli arrivés jusque dans le foie par la voie de la veine porte. »

Il résulte de ceci, que : 1° l'emphysème irrégulier que nous avons constaté est une sorte de gangrène emphysémateuse ; 2° si le blessé n'avait pas été observé pendant la vie, on aurait pu être induit en erreur et croire à une lésion des voies aériennes ; 3° Enfin, pour terminer cette observation par une remarque pratique, ces faits démontrent une fois de plus la nécessité impérieuse, même dans le cas de lésions traumatiques, de pratiquer rigoureusement la désinfection du tube digestif.

L'acide picrique dans le traitement des blépharites

par le Dr **Fage**,
Médecin en chef de l'Hospice Saint-Victor, d'Amiens.

La blépharite est une affection si fréquente et souvent si résistante aux traitements classiques, qu'il y a lieu d'essayer encore contre elle quelque chose de nouveau.

Les pommades aux oxydes jaune et rouge de mercure, les préparations au précipité blanc, le nitrate d'argent, la teinture d'iode sont des médicaments vantés depuis longtemps, appréciés aujourd'hui comme antiseptiques, mais dont l'usage se trouve restreint par leur causticité même et aussi par l'inconstance de leurs effets.

En 1892, M. DESPAGNET a fait connaître les excellents résultats qu'il a obtenus avec le sublimé incorporé à haute dose dans la glycérine. Je me suis servi souvent avec succès depuis cette époque de cette préparation au 1/50e en attouchements sur le bord ciliaire : appliqué soigneusement de façon à ce qu'il ne coule pas dans le cul-de-sac conjonctival, le glycéré au sublimé constitue un précieux antiseptique du bord ciliaire, qui entraîne rapidement la réparation du système glandulaire et la cicatrisation des ulcères. Mais sa causticité ne permet pas d'en confier l'application au malade lui-même et peut rendre trop vive sa réaction ; dans certaines inflammations palpébrales, érythème, eczéma, son action irritante m'a obligé le plus souvent à en suspendre l'emploi.

Dans ces dernières années, on a essayé des antiseptiques n'ayant pas l'inconvénient de produire sur ces tissus délicats ni poussées congestives, ni réactions nuisibles. On a employé le bleu de méthyle, l'aristol, l'ichthyol. Ces deux derniers ont rendu des services à mes malades et je les prescris encore journellement. L'ichthyol bien étudié en thérapeutique oculaire par M. LUCIANI et par M. JACOVIDÈS a, d'après eux, en plus de son pouvoir désinfectant, une action antiphlogistique et calmante qui s'explique par la vaso-constriction qu'il amène.

Mais c'est sur les effets moins connus de l'acide picrique que je désire attirer l'attention. Ce médicament tant prôné en ces derniers temps dans le traitement des brûlures l'a été aussi dans celui de l'eczéma. Nous devions penser qu'il serait également utile dans les diverses formes de blépharite que certains auteurs veulent, on le sait, toutes rattacher à l'eczéma.

La solution d'acide picrique a d'ailleurs bien des avantages pour l'ophtalmologiste : elle est antiseptique, analgésique, cicatrisante, sans être irritante pour les paupières ni pour la conjonctive. Quant à la coloration jaune qu'elle laisse sur les tissus, c'est un inconvénient négligeable dans le cas particulier, puisque, vu l'application discrète qu'on en fait sur les paupières, cette coloration est peu visible et ne tient pas longtemps. D'ailleurs beaucoup des autres produits déjà employés, nitrate d'argent, teinture d'iode, bleu de méthyle, laissent aussi une trace même plus intense et plus durable.

Je me suis servi de l'acide picrique en solutions aqueuses à 5, 8 et 10 pour 1000, ou des mêmes solutions coupées par moitié de glycérine, dans le but de

rendre la préparation plus adhérente au bord ciliaire. J'ai par ce procédé traité depuis trois mois, toujours avec de très bons résultats, un grand nombre de blépharites diverses, dont plusieurs n'avaient guère été modifiées par la série des traitements connus.

Dans les blépharites impétigineuses et eczémateuses vraies, après avoir ramolli et détaché les croûtes à l'aide de compresses tièdes, de lavages à la solution d'acide borique ou d'ichthyol, on fait un large badigeonnage des surfaces malades avec la solution aqueuse d'acide picrique, étalée pour ainsi dire en plusieurs couches, en renouvelant cette application environ tous les deux jours. Les effets sont ceux qu'on a signalés déjà dans l'eczéma en général : diminution de la sensation de chaleur, des démangeaisons, du suintement, et guérison assez rapide d'une dermatose qui est, on le sait, souvent si tenace.

Dans les blépharites glandulaires, ulcéreuses, après avoir détergé le bord ciliaire, ouvert les pustules et les petits abcès, arraché les cils les plus altérés, nous touchons le fond des ulcères avec un petit pinceau d'ouate imbibée d'acide picrique à 10 pour 1 000, nous attendons quelques secondes pour faciliter l'imprégnation et terminons par un badigeonnage uniforme du bord ciliaire avec une solution plus faible.

Sous l'influence de ces attouchements à la solution picriquée, la guérison se fait dans d'excellentes conditions. Sans doute la couche d'acide picrique protège pendant leur cicatrisation les tissus profonds, empêche leur nouvelle contamination par les sécrétions conjonctivales et les poussières atmosphériques. L'acide picrique est d'ailleurs un puissant cicatrisant par sa tendance à favoriser la prolifération cellulaire et à hâter l'épidermisation. En même temps que la cicatrisation, il amène une détente inflammatoire, une accalmie des douleurs, une diminution des picotements et des démangeaisons.

L'acide picrique est en résumé un excellent remède des blépharites. Je l'ai, chez presque tous mes malades, appliqué moi-même, voulant en suivre de près les effets et pensant que c'était le meilleur moyen d'assurer la régularité et la bonne exécution des pansements, mais il est possible d'en confier le soin aux malades, puisque la solution n'est pas dangereuse pour la conjonctive, comme la teinture d'iode ou les solutions fortes de nitrate d'argent et de sublimé. L'emploi de l'acide picrique ne doit pas d'ailleurs faire négliger, lorsqu'il est utile, le traitement de la conjonctive, des voies lacrymales et de l'état général.

Accident rare, que l'on peut faire rentrer dans les suites éloignées de l'hystérectomie.

Par le docteur **L. Dubar**, professeur de clinique chirurgicale.

L'observation de la malade qui a présenté cet accident est rapporté page 88 de ma *Statistique opératoire* de 1893 sous la rubrique : *Pyosalpynx ouvert dans la vessie. — Laparotomie et salpyngectomie. — Persistance d'une fistule abdominale et de cystite présentant des phénomènes d'une acuité particulière au moment des règles. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.* L'hystérectomie vaginale a été pratiquée le 23 octobre 1891. Pendant plusieurs années, la santé a été parfaite. Cependant, tous les mois ou tous les deux mois, Mme P... avait, comme pour lui rappeler ses règles disparues, de fortes bouffées de chaleur qui lui montaient à la tête, accompagnées d'un peu d'oppression : cela durait deux jours, quelquefois trois jours ; puis tout rentrait dans l'ordre.

A partir de février 1894, les bouffées de chaleur et l'oppression firent place à peu près mensuellement à des douleurs du côté du creux épigastrique et à une dyspepsie très marquée, qui durait deux à quatre jours et était combattue par des eaux minérales. A la fin d'octobre 1894, la douleur épigastrique avait été plus pénible et plus longue qu'à la fin de septembre. Mme P... avait souffert de sa dyspepsie pendant près de huit jours. Néanmoins, elle ne s'attendait guère à l'explosion des accidents qui devaient se montrer à la la fin de novembre 1894 et qui ont failli l'emporter.

Cette fois, l'indisposition commença à la fin de novembre par un embarras gastrique très marqué avec quelques douleurs épigastriques. Le Dr Traill prescrivit un léger laxatif et la diète lactée pendant quelques jours. Une légère amélioration se produisit. Elle fut de courte durée ; le 5 décembre, la malade, en se levant, se sent très fatiguée, a une lypothymie et est obligée de se recoucher. A dix heures du matin, la malade, ayant voulu se mettre sur son séant, est prise de syncope. A deux heures et à cinq heures du soir, elle vomit abondamment du sang ; ce sang est noir et ressemble à de la mélasse. Un peu de sang vermeil s'y trouve mêlé.

Je vois la malade avec le Dr Traill dans la soirée. Elle est d'une pâleur extrême ; le pouls est petit, filiforme. Elle souffre beaucoup de l'estomac. La palpation de la région épigastrique et de l'hypochondre gauche ne révèle aucune tumeur. Il n'y a pas davantage de point douloureux circonscrit. Le ventre est plat et sonore dans toute son étendue. Nous ne trouvons les signes ni d'un ulcère rond de l'estomac, ni d'une tumeur cancéreuse. Connaissant les phénomènes divers périodiques que la malade a présentés depuis son hystérectomie, j'exprime l'opinion qu'il s'agit d'une hématémèse symptomatique d'une congestion intense de la muqueuse stomacale en rapport avec une poussée sanguine périodique remplaçant les règles.

Tout en déclarant la situation grave, j'exprime l'espoir que si la malade peut résister quelques jours, il sera possible de la guérir.

Nous prescrivons la situation horizontale sans oreillers, la glace sur la région épigastrique. Je recommande à M. TRAILL de faire à la malade des injections sous-cutanées d'ergotine et de morphine ; lavements alimentaires, eau glacée à l'intérieur.

Les vomissements de sang se répètent les 6, 7, 9 et 10 décembre. Le 11, la malade a trois syncopes dans la journée. Il évident que l'hémorragie stomacale continue. Un vésicatoire de 5 centimètres carrés, pansé à la morphine, est appliqué. Le 12, matin, le pouls est à peine sensible, et nous redoutons une issue funeste pour la nuit prochaine. De l'éther et de la caféine sont préparés pour combattre les syncopes par des injections sous-cutanées On fait venir des ballons d'oxygène.

Vers deux heures de l'après-midi, la malade rend une selle *énorme*, composée de sang noir. Aussitôt après, les douleurs cessent. La malade dort quelques heures. Au réveil, son pouls, qui était filiforme, se sent mieux à la radiale.

Le 13 décembre, nouvelle selle de sang noir, beaucoup moins importante que la veille. La malade en rend encore quelques-unes, mais très petites les jours suivants.

Pendant huit jours, on la soutient avec un peu d'eau et de lait, de la peptone et des lavements alimentaires.

Le 22, l'estomac peut supporter du lait pur, et à partir du 25 du lait et des œufs. La malade entre dès lors franchement en convalescence. Elle se lève au milieu de janvier et peut être considérée comme guérie dans les premiers jours de février.

Depuis, cette guérison s'est maintenue. Les déjections sont faciles ; il n'y a plus de douleur au creux de l'estomac.

Cette hématémèse redoutable paraît avoir fait disparaître tous les troubles que ressentait depuis trois ans périodiquement la malade. Je viens de la revoir récemment ; elle jouit d'une santé parfaite.

Il ne me paraît pas douteux que l'hématémèse qui a failli tuer cette malade ne soit en relation certaine, quoique éloignée, avec l'hystérectomie vaginale qu'elle avait subie en octobre 1891.

VARIÉTÉS

L'hygiène des hôtels

Nous empruntons à l'*Union medicale du Nord-Est* l'article suivant sur l'hygiène des hôtels, auquel chacun de nos lecteurs s'associera certainement.

Nous avons publié dans un précédent numéro une lettre émanant du « Syndicat des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France » ; elle demande l'aide de tous les médecins pour forcer les maîtres d'hôtel à organiser dans certaines stations des *tables de régime*.

Le rapport du Dr JANICOT, qui a provoqué l'envoi de cette lettre, insiste sur l'utilité d'une réforme demandée depuis longtemps.

La table d'hôte, fait remarquer notre confrère, est un danger permanent pour certains malades, les gastropathes, les entéropathes, les hépatopathes, et aussi à un degré moindre les obèses et les diabétiques.

Mais il n'est pas si facile qu'on le supposerait d'organiser les tables de régime qui fonctionnent cependant à l'étranger, à Carlsbad, à Marienbad, à Wiesbaden, par exemple.

Les difficultés proviennent un peu des malades, beaucoup des hôteliers qui n'aiment guère à changer leurs vieilles habitudes. Comme tout bon Français, ils ont voué un culte profond à Sainte Routine et il est évident qu'ils ne modifieront leur organisation actuelle que s'ils y sont contraints et forcés par leurs clients d'une part, par les médecins d'autre part.

Voilà pourquoi le Dr JANICOT fait appel à tous ses confrères qui envoient des malades aux stations thermales.

« Il faudrait, écrit-il, que bien persuadés de l'importance du régime et des *tables de régime* qui peuvent *seules* l'assurer, ils ne manquassent pas de recommander verbalement à leurs malades — je parle des vrais malades — de demander à l'hôtel la « table de régime ». Il faudrait aussi qu'ils nous fissent cette recommandation sur la lettre d'introduction qu'ils remettent généralement pour nous à leurs clients. Ce serait prêcher des convertis, mais enfin cette recommandation expresse du médecin habituel des malades nous servirait beaucoup auprès de ces derniers et surtout auprès des hôteliers ».

Cette réforme n'est point du reste la seule à désirer dans les hôtels des villes d'eaux et dans la plupart des hôtels français.

***

Partout règne la *table d'hôte*, ce qui constitue bien la plus désagréable, la plus agaçante et la plus indigeste obligation. Dans les très grandes villes seulement, le voyageur peut prendre ses repas au restaurant. Partout ailleurs, dans les villes d'eaux en particulier et dans celles où abondent les touristes, on est condamné forcément à la table d'hôte. Des avis charitables préviennent même que si l'on ne prend pas ses repas à l'hôtel, le prix des chambres est doublé.

Nous sommes loin des règlements de certaines stations allemandes, où les voyageurs sont officiellement avisés qu'ils peuvent faire blanchir leur linge, prendre leurs repas en dehors de l'hôtel sans que le prix de la chambre puisse être augmenté.

Pourquoi ne pas avoir dans tous les hôtels un restaurant véritable : non pas bien sûr cette annexe de la salle à manger où on sert le même repas qu'à la table d'hôte, mais à un prix supérieur. On pourrait manger à sa guise, à son heure, éviter ces interminables stations à côté de voisins plus ou moins sympathiques, ces défilés de plats aussi multiples que compliqués, de sauces aussi recherchées qu'irritantes pour l'estomac.

Quel dégoût n'éprouve-t-on pas après quelques semaines de voyage, pour ces préparations toujours les mêmes, malgré leur diversité d'aspect !

Un de nos confrères donnait une bonne idée de cette cuisine variée et cependant uniforme, en prétendant qu'en été on installe une officine centrale sur le Puy-de-Dôme. Là, dans d'immenses marmites, se préparent les sauces qui, par des conduits souterrains, sont amenées dans les hôtels de toutes les villes fréquentées par les voyageurs ; ainsi pour relever

ses plats, le cuisinier n'a qu'à tourner le robinet « sauce chasseur » ou « sauce au madère »...

Un industriel intelligent qui se contenterait d'offrir une cuisine simple, servie à volonté à des tables séparées sans majoration de prix, aurait, j'en suis persuadé, la clientèle de tous les gens qui ne voyagent pas pour l'unique plaisir de parader à table d'hôte et qui ont quelques soucis de leur estomac.

Il serait plus sûr de réussir encore si son établissement n'était pas seulement confortable, mais *propre*.

***

Pour peu qu'on ait voyagé, on a été frappé de l'infériorité à ce point de vue de nos hôtels français. La propreté est bien le cadet des soucis de la plupart des hôteliers, et de bon nombre de voyageurs.

Ceux-ci exigent des tapis, des rideaux de lit; mais les tentures sont pleines de poussière et les microbes y pullulent à leur aise sans qu'on songe à les déranger. *Simplicité et propreté*, telle devrait être la devise des maisons sérieuses.

Rien ne serait plus simple que de supprimer tapis et rideaux, de remplacer les lits en bois par des lits en fer émaillé, les chaises et les fauteuils par des meubles en bois courbé. On pourrait aussi, sans montrer trop d'exigence, demander que les draps soient passés à la lessive avant d'être réemployés.

En effet, et beaucoup l'ignorent, dans un grand nombre d'hôtels, lorsqu'un voyageur a passé une nuit ou deux, on ne fait pas blanchir ses draps, ce serait trop coûteux ; on se contente de les arroser légèrement et de les replier : c'est la méthode employée au régiment pour « repasser » la cravate de toile bleue. J'ai entendu un touriste qui a parcouru le monde en tous sens raconter qu'il ne quittait jamais un hôtel sans faire sur ses draps une large tache de café : ainsi il est certain qu'on ne les utilisera pas de nouveau sans leur faire subir une lessive sérieuse.

Dans les villes fréquentées par les malades et surtout par les tuberculeux, il a été fait de grands progrès ; on tend à supprimer tous les accessoires qui sont plus ou moins anti-hygiéniques, et, sous la pression des médecins et des familles, la désinfection est devenue d'usage courant.

Il ne meurt pas un tuberculeux à Cannes, à Biarritz ou à Arcachon sans que la literie soit brûlée ou passée à l'étuve, sans que la chambre soit complètement désinfectée. L'hôtelier le fait, non par amour de l'hygiène, croyez-le bien, mais parce que sa clientèle l'exige.

C'est donc le voyageur qui fait l'hôtel.

***

Le cyclisme, entre beaucoup d'avantages, a celui-ci, qu'il provoque un déplacement considérable de personnes de toutes classes jusque dans les moindres villes.

Tel hôtel qui n'hébergeait que de modestes commis-voyageurs ou des marchands de bestiaux donne asile à des touristes qui veulent bien payer largement, mais à condition de trouver au moins quelque confortable.

Et, peu à peu, les hôteliers seront forcés de modifier leurs habitudes et leur mobilier. Ils devront remplacer par de grandes cuvettes, des brocs et des seaux de toilette, la cuvette minuscule et le pot-à-eau douteux qui garnissaient les toilettes ; ils ne pourront plus regarder la punaise comme l'hôte indispensable des chambres à coucher ; et, réforme plus urgente encore, ils devront installer des *water-closets* convenables, à la place des « lieux d'aisance » à l'usage possible des seuls garçons d'écurie.

Le *Touring-Club* a commencé à ce sujet une campagne qui aboutira parce que l'intérêt des hôteliers est en jeu. Des devis peu coûteux sont envoyés à ceux qui sont désignés par les délégués comme ayant une installation insuffisante et ils sont rayés de la liste des hôtels recommandés si les modifications ne sont pas faites dans un délai suffisant.

En attendant des transformations complètes, difficiles à réaliser dans les petites villes où manque l'eau sous pression, quelques moyens palliatifs ont été proposés.

Ainsi, un M. Papon, propriétaire de l'Hôtel du Commerce, à Saint-Junien, met à la disposition de sa clientèle des disques en papier ou « faux-cols hygiéniques » qui évitent le contact des sièges malpropres. Un autre possède toute une batterie d'anneaux en bois blanc, faciles à tenir propres par des lavages au savon noir et à l'eau de Javelle. Un rédacteur facétieux du *Touring-Club* propose d'appeler « monocles hygiéniques » ces disques dont il recommande l'usage.

Plaisanterie à part, l'assainissement des hôtels, où passent malades, convalescents et bien portants, s'impose en ce siècle d'hygiène. La transformation ne se fera que sous la pression de l'opinion publique. Voyageurs, soyons exigeants, et les hôteliers seront bien forcés de faire les réformes que nous demandons. O. G.

Intérêts Professionnels

Affranchissement des notes d'honoraires

Nous croyons être utile à nos confrères en leur faisant connaître les exigences de l'administration des postes, relativement aux notes d'honoraires.

Les notes de frais ou d'honoraires sont assimilées aux factures et relevés de compte, et peuvent, comme ces objets, être admises à raison de *cinq centimes par cinquante grammes*, lorsqu'elles indiquent *seulement* le nom du créancier, l'objet et le chiffre de la dette.

L'arrêté du 25 novembre 1893, article 22, § 23, a autorisé sur ces notes *l'indication de la date, du mode et du lieu de payement*, mentions qui ne pouvaient auparavant être admises qu'au tarif de 15 centimes.

Les notes de frais ou d'honoraires circulant au tarif de 5 centimes peuvent être établies de la manière suivante :

1° Doit M...... à......, au docteur X......, pour soins et médicaments fournis à sa famille, pendant l'année.....

Visite du 19 janvier : 3 fr.; visite du 22 janvier : 3 fr.; visite du 13 février et opération : 28 fr.; médicaments (détail au besoin) : 15 fr. Total : 49 fr.

2° M...... doit pour soins donnés du...... au...... la somme de...... (détail à mon cabinet).

3° Honoraires médicaux

Doit M...... la somme de...... fr.

4° Doit M....... pour 1° Voyages....... 2° Visites...... depuis le...... jusqu'au...... la somme de...... fr.

Nota. — La mention « *prière de rapporter cette lettre* » est parfois portée sur les notes par l'expéditeur.

Il y a dans ce cas contravention.

Ordonnances médicales — Les ordonnances médicales ont droit au tarif des papiers d'affaires, *soit cinq centimes par cinquante grammes.*

(*Union Médicale du Nord-Est*) Dr H. Moufflier

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE LILLE

PROMOTION

Nous apprenons la promotion, de la 4e à la 3e classe, de **M. le professeur Wertheimer.**

Les collègues et les élèves de M. Wertheimer apprendront avec joie l'avancement que vient d'obtenir le très sympathique professeur de physiologie.

Nous joignons nos bien sincères félicitations à celles qu'il a dû déjà recevoir en grand nombre.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. Favier (L.-M.-H.) d'Ennevelin (Nord), a soutenu, le lundi 27 décembre, sa thèse inaugurale (5e série, n° 61) intitulée : **Le cœur dans la chorée. Étude particulière des troubles choréiques cardiaques d'origine nerveuse.**

M. Descheemacker (A.-E.-V.), de Lille, a soutenu, le mardi 28 décembre, sa thèse inaugurale (5e série, n° 62) intitulée : **Contribution à l'étude de l'antisepsie intestinale.**

M. Quiret (V.-D.-J.), de Le Maisnil (Nord), a soutenu, le mardi 28 décembre, sa thèse inaugurale (5e série, n° 64) intitulée : **Le Dermatol dans les diarrhées.**

M. Tavernier (A.-F.-E.-J.), d'Aire (Pas de-Calais), a soutenu, le mercredi 29 décembre, sa thèse inaugurale (5e série, n° 63), intitulée : **De la Dacryocystite tuberculeuse considérée comme point de départ du lupus de la peau, de la muqueuse nasale, de la conjonctive palpébrale.**

CONCOURS D'AGRÉGATION

Nous continuons la liste des concurrents et des questions qu'ils ont eues à traiter.

MM. Thiroloix (Paris) Syphilis hépatique ;
Hobbs (Bordeaux) Chorée ;
Raymond (Montpellier) Cancer des voies biliaires ;
Gouget (Paris) Roséoles ;
Nicolas (Lyon) Tuberculose intestinale ;
Papillon (Lille) Diagnostic et pronostic de la fièvre typhoïde.
Mosny (Paris) Retrécissement mitral ;
Sergent (Paris) Gangrène pulmonaire ;
Lamacq (Bordeaux) Pneumonie fibrineuse ;
Dupré (Paris) Bronchopneumonie ;
Vedel (Montpellier) Dilatation des bronches (s'est retiré) ;
Renault (Paris) Rachitisme ;
Boulloche (Paris) Emphysème pulmonaire ;
Pic (Lyon) Formes et diagnostic du goître exophtalmique ;
Daunic (Toulouse) Paralysies diphtéritiques ;
Barbier (Paris) Myxœdème ;
Péron (Paris) Phtisies pulmonaires non tuberculeuses ;
Méry (Paris) Névrites alcooliques.

CONCOURS

Dans le concours pour le prix de l'internat des hôpitaux de Paris (chirurgie), M. Vanverts a obtenu la médaille d'argent.

M. Vanverts est un ancien élève de la Faculté de Lille.

Commission administrative des hospices

Par arrêté préfectoral du 22 décembre, M. Théodore Barrois, membre sortant de la commission administrative des hospices de Lille, est maintenu en fonctions.

Nous nous félicitons de voir maintenu en fonctions M. Théodore Barrois. Les services qu'il a déjà rendus sont un sûr garant du zèle qu'il apportera à l'étude des nombreuses améliorations nécessaires dans certains établissements hospitaliers.

Services municipaux

Médecins des dispensaires. — Par arrêté du maire de Lille, en date du 29 décembre, sont nommés médecins des dispensaires : MM. les docteurs Caron, Cochet, Quivit, Rouzé, Colas, Dutilleul.

État-civil. — Par arrêté du maire de Lille du 29 décembre, sont nommés médecins de l'état-civil pour 1898 :

1re circonscription, MM. les docteurs Deléarde; 2e, Lambret; 3e, Douche; 4e, Rey; 5e, Honnart; 6e, Lefebvre; 7e, Bué; 8e, Legrand; 9e, Dhaine; 10e, Fockeu; 11e, Legroux; 12e, Gosselet; 13e, Henry; 14e, Hennart; 15e, Defaux; 16e, Gérard; 17e, Thibaut; 18e, Boutry.

Par arrêté du même jour, ont été nommés médecins auxiliaires de l'état-civil : MM. les docteurs Guibert, Feuchères, G. Potel, Aug. d'Hardivillers, Dhour et Bécour.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Bouin es nommé, pour la présente année scolaire, chef des travaux d'histologie.

Ecole de médecine de Clermont. — Un concours s'ouvrira le 23 juin 1898, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur Chedevergne, professeur de clinique médicale, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

Hôpitaux de province

Grenoble. — MM. les docteurs Cibert et Jacquemet sont nommés médecins-adjoints.

Hopital français de Tunis

M. le docteur Braquehaye, agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, est nommé, après concours, chirurgien en chef du nouvel hôpital français de Tunis.

Distinctions honorifiques

Ont reçu, du ministre de l'intérieur, en témoignage de leur courage au cours de diverses épidémies :

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Bruncher (de Batna); Couvert (de Jemmapes).

Médaille d'argent. — M. Merle (interne à Constantine).

Nouvelle publication

Nous souhaitons la bienvenue aux *Archives de médecine des enfants*, dont nous recevons le premier numéro. Ce journal mensuel est publié à la librairie Masson et Cie, par M. le docteur Comby, avec le concours de MM. Brun, Grancher, Hutinel, Lannelongue, Marfan, Moizard et Sevestre.

UNIVERSITE NOUVELLE DE BRUXELLES

Institut des hautes études

L'Université nouvelle de Bruxelles vient d'organiser un cours d'**Hygiène coloniale**. Ce cours est fait par M. le docteur Georges Treille, ancien inspecteur général du service de santé des colonies Françaises. Il a commencé le mercredi 15 décembre, à 8 heures 1/2 du soir, 28, rue des Minimes.

Sommaire du cours : I. Du climat intertropical en général, — II. Climats régionaux et climats partiels : côtes, continents, îles. — III. Influence des pays chauds sur la santé de l'Européen. — IV. Acclimatation. Colonies de peuplement et d'exploitation. — V. Considérations générales sur les maladies tropicales. — VI. Des maladies des Européens dans les pays chauds et de leurs rapports avec la colonisation. — VII. Règles d'hygiène privée et publique dans la zone intertropicale.

Nécrologie

MM. les docteurs Ribard, de Pontoise (Seine-et-Oise); Boh, de Paris; Charlot, de Caudrot (Gironde); Gellié, de Bordeaux (Gironde); Bellangé, de Paris; de Prez Crassier, du Havre (Seine-Inférieure).

Ouvrages reçus

Notes cliniques sur l'emploi de la nouvelle tuberculine TR de Koch dans le traitement des tuberculoses, par le docteur Dauriac, Orléans, 1897.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

51e semaine du 19 au 25 décembre 1897

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	3
3 mois à un an	6	2
1 an à 2 ans	1	3
2 à 5 ans	1	3
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	6	2
40 à 60 ans	11	3
60 à 80 ans	11	10
80 ans et au-dessus	»	2
Total	41	31

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	1	»	»	4	»	»	»	»	»	3	12	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	6	10	15
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	5	1	4	»	»	»	»	»	1	»	»	5	16	20
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	3	»	1	»	1	»	4	11	10
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	2	6	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	2	6	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3
Total	»	»	»	»	»	»	»	2	20	2	7	»	»	11	1	1	2	1	»	25	72	96

Deuxième Année, N° 2. Le Numéro : 10 centimes. 9 Janvier 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

AVIS

Ceux de nos lecteurs qui ne nous ont pas encore adressé le montant de leur réabonnement sont priés de vouloir bien nous l'envoyer en un mandat-poste. Ce mode de paiement est à la fois le plus simple et le moins coûteux pour eux et pour nous, et le talon du mandat peut leur tenir lieu de quittance. Les recouvrements par la poste sont augmentés de 0,50 centimes.

Par suite de sa nomination comme juge au concours d'agrégation, M. COMBEMALE, *qui ne sera que le dimanche à Lille, invite ses correspondants à adresser manuscrits et en général tout ce qui concerne la rédaction, jusqu'au 1er mars 1898, à* M. le docteur OUI, *38, rue Jean-sans-Peur.*

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — Clinique chirurgicale de Saint-Sauveur : Appareil ambulatoire pour fractures de jambe, par M. le professeur **Folet.** — Clinique médicale de la Charité : Fausse angine de poitrine liée à l'hystérie ou à la maladie de Basedow, par le docteur **L. Ingelrans.** — Nouvelles. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M. LABOULBÈNE rapporte une observation de M. DUBOIS, de Melun. Un homme fut pris de vomissements incessants et qu'on ne put arrêter : il rejeta de petits crustacés vivants qui, placés sur une feuille de papier, exécutaient des bonds et cheminaient avec vitesse en remuant leurs pattes et leurs crocs. Le malade buvait de l'eau d'un puits, et aussi de l'eau de Seine. Il s'agit de parasitisme accidentel du gammarus pulex, dont il n'existe qu'un cas antérieur douteux, celui de VAN BENEDEN.

*** M. BENEDIKT (de Vienne), prétend qu'il y a une véritable loi de corrélation entre le développement du crâne et celui du cerveau. Toute excitation du cerveau retentit sur le crâne et vice-versa, comme les excitations cutanées retentissent sur les organes internes. Cette loi, qui s'applique au développement des organes, s'applique aussi aux excitations pathologiques, comme le montrent les trépanations et la révulsion cutanée.

La propagation des excitations dans les centres nerveux se fait suivant la loi des consonnances. Les fibres nerveuses destinées à conduire certaine excitation opposent une grande résistance aux autres. La propagation dans le système nerveux se fait avec des interruptions, avec accumulation d'influx nerveux sur certains éléments, puis décharge, comme dans les accumulateurs électriques.

Les consonnances qui existent pour les excitations nerveuses physiologiques ne sont pas les mêmes pour les excitations pathologiques. Les névrites périphériques provoquent des douleurs et pas de réflexes moteurs ; au contraire, les nerfs intestinaux et utérins ont plutôt une consonnance motrice.

Les excitations pathologiques peuvent suivre la même voie que les physiologiques. Dans les maladies du système nerveux, elles ont une tendance à la propagation inverse ; il y a, en outre, une propagation incohérente ou par contiguïté.

Les dégénérescences secondaires ne suivent pas les corrélations physiologiques ; les conclusions qu'on en tire ne peuvent donc pas être étendues à l'anatomie.

*** La gastro-entérostomie continue à être le thème des discussions de la **Société de chirurgie** : M. HARTMANN fait remarquer que les interventions de ce genre dans les hématémèses consécutives aux ulcères ne sont

pas encore très nombreuses. Il a opéré une malade de 30 ans qui avait fait de grandes pertes sanguines ; l'autopsie révéla une simple érosion en coup d'ongle dont on n'avait pu faire le diagnostic clinique. L'opération n'est guère avantageuse pour les malades dans les grandes hématémèses : l'immobilité et la diète en viennent le plus souvent à bout, alors que l'intervention accuse actuellement deux morts sur trois.

Un point aussi important est l'influence curatrice de la gastro-entérostomie sur les ulcères en voie d'évolution ; elle paraît indiscutable. La guérison est due à ce qu'on met l'organe au repos. — DOYEN et CARLE attachent une grande importance au spasme du pylore, non seulement dans l'ulcère, mais encore dans l'hyperchlorhydrie grave. HARTMANN va plus loin qu'eux et il dit avec DEFONTAINE que l'intervention chirurgicale lui paraît indiquée dans toutes les dyspepsies graves, rebelles au traitement médical. Il a fait une gastro-entérostomie antérieure précôlique chez une femme de 40 ans, souffrant de douleurs épigastriques et vertébrales, quatre ou cinq heures après l'ingestion des aliments, accompagnées de vomissements répétés. L'amaigrissement était considérable ; l'estomac ne contient rien à jeûn, le repas d'épreuve indique presque de l'anachlorhydrie ; aucune dilatation. L'opération a guéri cette femme, qui a repris son poids. Cette observation est intéressante, car il n'y avait pas de stase ; et on le comprend, puisque l'estomac se vidait par vomissement. Qu'est-ce que cela prouve, sinon que le fait important est le non fonctionnement du pylore et non pas la stase elle-même ?

Il est aujourd'hui certain qu'après l'abouchement au jejunum, toutes les phases de la digestion gastrique ont encore lieu. On met l'organe au repos, sans en faire le véritable drainagé (HAYEM, SOUPAULT, ROSENHEIM, MINTZ, SIEGEL).

M. HARTMANN veut qu'on fasse la gastro-entérostomie postérieure par le procédé de VON HACKER qui ne fait qu'un trou au mésocôlon et qui le bouche en suturant l'estomac au pourtour de ce trou.

Le procédé employé par TUFFIER, expose à des dangers au point de vue d'une hernie possible dans l'orifice postérieur.

HARTMANN reste fidèle à la gastro-entérostomie antérieure précôlique qui évite tous les accidents quand elle est convenablement pratiquée. Pour la coaptation des parties, il se contente de soie (double suture en surjet).

M. ROUTIER s'associe à ces opinions et pense, qu'en cas de gastrite de cause obscure, l'opération peut donner d'excellents résultats.

M. TUFFIER s'étonne que l'on puisse confondre l'érosion hémorrhagique et l'ulcère simple. Quand on opère pour une hématémèse, suite d'ulcus rotundum, l'exploration de l'estomac permet toujours de sentir la lésion et de prendre un parti opératoire. Au contraire, les érosions passent absolument inaperçues devant les moyens d'exploration ; même à l'ouverture de l'estomac, on ne voit rien (cas de SALZER et de HIRSCH). Au point de vue des indications, M. TUFFIER est d'avis que la chirurgie commence, là où la médecine devient impuissante, qu'il s'agisse de vomissements ou d'hématémèses ; en tous cas, avant d'appliquer la chirurgie à toutes les dyspepsies rebelles, il faut catégoriser les observations et les étudier par séries.

Le même auteur préfère à toute autre méthode celle de VON HACKER ; il ferme la brêche mésocôlique par deux points de suture à l'estomac, de sorte que l'intestin ne peut s'y engager. En outre, il pratique toujours les sutures à deux étages, ce qui est bien plus logique que de prendre toute la paroi, comme le veut HARTMANN.

*** M. LAFOURCADE a opéré deux abcès du foie. Dans un cas, il a réséqué le bord inférieur costal : mort par écoulement de toute la bile par la plaie. Dans l'autre, il a fait la laparotomie transpleurale : guérison. M. RICHELOT rapporte deux autres faits du même genre ; dans l'un d'eux il dut intervenir trois fois, deux nouvelles poches s'étant formées après l'ouverture de la première, et près des intervalles longs de plusieurs mois.

Clinique chirurgicale de Saint-Sauveur

Appareil ambulatoire pour fractures de jambe

par M. le Professeur **Folet**

Ma première clinique de cet hiver a été consacrée à un sujet modeste : un appareil de fracture de jambe.

Je crois plus utile de montrer aux élèves de bons gros faits pratiques, semblables à ceux qu'ils verront tous les jours de leur carrière, dès le lendemain de leur installation peut-être, que de les entretenir de cas exceptionnels, de diagnostic difficile, prêtant à des développements ingénieux ou donnant lieu à des interventions opératoires délicates, mais en face desquels le praticien ne se trouvera que bien rarement placé. Je n'ignore pas que les tendances actuelles de l'enseignement médical ne sont pas absolument celles-là ; et les résultats commencent à s'en dessiner. On rencontre des élèves de cinquième année ou de jeunes confrères qui sont très ferrés sur les dernières nouveautés et parlent couramment le jargon scientifique à la mode. Ils disserteront copieusement sur la maladie d'ADAMS-STOKES, sur la réaction myotonique d'ERB, sur le symptôme de BISHOP-CREIGHTON, ou l'opération de ZAWFALL ; mais

ils méconnaîtront une vulgaire pneumonie, laisseront les coxalgies guérir avec une ankylose de la cuisse fléchie à angle droit sur le bassin, et pratiqueront le taxis sur des hernies étranglées depuis trois jours. Tout cela, c'est de l'histoire. Dût-on me trouver incurablement vieux-jeu, j'estime que, dans une faculté de médecine qui est, après tout, une école professionnelle, il importe surtout d'apprendre aux élèves les choses courantes de leur futur métier.

C'est pourquoi j'ai cru les intéresser, — et intéresser aussi les praticiens lecteurs de ce journal, — en leur présentant un appareil, encore très peu répandu en France, et qui pourra rendre à quelques-uns de leurs malades de réels services. Je veux parler de l'appareil ambulatoire, ou appareil de marche, appliqué exclusivement aux fractures des os de la jambe. Il ne sera nullement question pour aujourd'hui des solutions de continuité du fémur.

Préconisée il y a tantôt vingt ans en Allemagne, par Hessing, la déambulation des fracturés de jambe fut adoptée par Krause, Dollinger, Korsch, qui la réalisèrent chacun au moyen d'appareils de leur invention. Elle se répandit en Russie et en Amérique ; mais elle n'eut chez nous aucun succès. La chirurgie française, généralement si friande des nouveautés exotiques, se refusa obstinément à essayer celle-ci. Une seule thèse de doctorat est consacrée à cette question, celle de Lapeyre, élève de Le Dentu, 1894, thèse médiocre, renfermant une description confuse de divers appareils allemands et une unique observation personnelle fort peu concluante.

Cette absence d'expérimentation n'empêcha pas les critiques de pleuvoir ; et l'appareil de marche eut en France une très mauvaise presse. Tout récemment encore, Rieffel, dans le *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet, Hennequin dans le numéro de janvier dernier de la *Revue d'orthopédie*, l'ont très sévèrement jugé, non pas d'après des essais personnels, mais en s'inspirant d'arguments théoriques. Leur jugement pourrait se résumer en ce syllogisme familier : *Il n'est pas possible que ça aille, donc ça ne va pas.*

« La méthode n'est pas pratique, dit Rieffel. Pour » appliquer les appareils les plus perfectionnés, assurant la marche et la contention, il faut une grande » habileté et une certaine expérience (!). Enfin leur » cherté en interdit l'emploi dans les milieux où ils » seraient particulièrement nécessaires (!). — Au » point de vue théorique, on peut faire au traitement » ambulatoire de graves objections : On se fait un » peu illusion sur la valeur du point d'appui ; les » condyles du tibia me paraissent bien mal conformés à cet égard... La compression circulaire ne » peut être réelle que si elle est étroite ; une semblable » constriction est funeste à la circulation en retour et » à la nutrition des muscles (1). »

Hennequin fait ressortir avec une précision plus rigoureuse et plus sombre encore les difficultés et les inconvénients qu'il prévoit devoir survenir dans l'application de l'appareil ambulatoire de jambe : « Chez les sujets maigres, les tubérosités tibiales » sont légèrement saillantes et évasées; chez les gras, » elles sont masquées par le tissu adipeux. Espérer » trouver des points d'appui sur des saillies noyées » dans la graisse est une illusion ; mais, même chez » les maigres, ces saillies n'opposent quelque résistance aux moyens de fixation que quand la constriction qui les étreint est énergique. Si les agents de » fixation sont durs, la pression exercée sur la peau » sera tellement forte qu'elle deviendra intolérable et » dangereuse; si on interpose une couche d'ouate, » le lien circulaire remontera au-dessus de l'interligne » articulaire et tout l'édifice s'écroulera faute de fondation. — .... Quel souci prend-on des fragments » sous cette cuirasse fermée? Le chevauchement se » reproduira sûrement. Les téguments seront exposés » à être perforés dans cette prison cellulaire où nul » rayon visuel ne peut pénétrer » (2).

Les choses en étaient là et tous nous vivions sur ces données, lorsqu'en juin, M. Reclus publia cinq observations dans lesquelles il n'avait eu qu'à se louer d'un appareil de marche fort simple. Dans trois cas, il s'agissait de fractures bi-malléolaires avec luxation du pied en dehors ; dans deux autres, de fractures des deux os de la jambe au tiers inférieur avec biseau très oblique du tibia. Dans tous, l'appareil, appliqué dès les premiers jours, permit aux blessés de circuler dans les salles dès le surlendemain, à l'aide de deux cannes et de sortir bientôt dans la rue. La consolidation se fit dans le temps normal.

Séduit par ces résultats, je résolus d'imiter la pratique de Reclus. Et voici le résumé des sept observations où je fis usage de l'appareil ambulatoire.

Observation I. — Désiré Vanaverbecq, 15 ans, entré dans mon service le 14 septembre. Chute d'une hauteur de 7 mètres. Arrivé dans le coma. Plaies du cuir chevelu, région temporale gauche. Ecchymoses palpébrales plus accentuées à gauche qu'à droite; — épistaxis.

Le blessé présente en outre une fracture des deux os de la jambe gauche à la partie moyenne de la diaphyse. — Mobilité très nette ; on peut faire aux deux os un angle ouvert en avant. Mais, comme dans ce mouvement les surfaces fragmentaires ne se quittent point, vu la conservation probable d'un étui

(1) Chirurgie clinique et opératoire. T. II, p. 90.
(2) Revue d'orthopédie. Janvier 1897.

périostique plus ou moins complet, la crépitation est peu marquée.

Cette fracture de coaptation facile m'offrait une occasion d'essayer sur un cas simple la méthode ambulatoire. On attend quelques jours que le malade soit sorti de sa commotion et le 19 septembre on lui applique la petite *gouttière plâtrée contentive*. (Pour ne pas entrer à propos de chaque observation dans des répétitions inutiles, nous décrirons une fois pour toutes l'appareil à la suite de la série d'observations). Le malade, quoique conscient et apyrétique, restant encore inerte et fatigué dans son lit, il faut attendre jusqu'au 30 septembre pour lui mettre *l'appareil ambulatoire* proprement dit.

Au bout de très peu de jours, le jeune malade apprend à se servir de l'appareil et marche couramment dans la salle, sans se plaindre d'aucune pression ni douleur en aucun point.

Enlèvement de l'appareil le 21 octobre.

Consolidation parfaite. Sorti de l'hopital le 26 octobre, marchant très bien, sans raideur tibio-tarsienne.

Observation II. — Roger Léonard, 45 ans, entre le 25 octobre pour une fracture des deux os de la jambe, par chute sur le bord d'un trottoir.

La fracture occupe les deux os presque au même niveau. Elle siège à l'union du tiers moyen avec les deux tiers inférieurs. Mobilité et crépitation très nettes. Pas d'obliquité en avant du fragment supérieur, fracture presque transversale. Réduction facile, sans tendance au déplacement ni à la saillie d'un fragment.

Après cinq jours de repos dans une gouttière, durant lesquels le gonflement se dissipe sous l'influence d'une compression ouatée, placement de *la gouttière contentive*; et le lendemain de *l'appareil ambulatoire*. Mais on a voulu ne faire monter les attelles et bandes plâtrées qui matelassent et assujettissent ce dernier, que jusqu'au niveau de l'interligne fémoro-tibial, pour laisser toute liberté au genou. C'est une faute. Le lendemain le blessé essaie de marcher, mais il se sent peu solide et vacille. On remet un autre appareil ambulatoire en emboîtant le bas de la cuisse dans la gaine plâtrée qui remonte jusque 8 ou 10 centimètres au-dessus de la rotule.

Avec ce nouveau bandage, le malade, qui est alerte et adroit, devient en quelques jours un de nos meilleurs marcheurs. Il circule toute la journée dans la salle et dans les corridors, et quitte souvent sa canne. Il fait montre de sa solidité, se tient sur son membre blessé seul, en levant l'autre jambe en l'air, aide la sœur dans la distribution des aliments aux malades couchés, etc.

Appareil levé le 3 décembre. Consolidation parfaite, sans saillie du cal. Il se met tout de suite à marcher beaucoup mieux que ne marchent les fracturés qui se lèvent après cinq semaines de lit. Pas d'œdème, très peu d'atrophie musculaire. L'articulation tibio-tarsienne est peu raide; les mouvements du pied et des orteils se font facilement et reprendront vite leur amplitude normale.

Sort le 9 décembre.

Observation III. — Poudensot, Désiré, 47 ans, entré le 22 novembre. Chute sur un terrain plat et torsion du pied. Fracture sus-malléolaire du péroné droit. Coup de hache très marqué. Pied notablement luxé en dehors. Peu de gonflement. 23 novembre, réduction facile et parfaite, application de la *gouttière contentive*. — Le 25 novembre, placement de *l'appareil ambulatoire* Dès le 26 novembre, 4 jours après le traumatisme, le malade commence à marcher avec deux cannes, puis avec une. Il devient vite aussi un très bon marcheur. L'appareil ne le blesse nullement.

Levée de l'appareil le 17 décembre. Pas de gonflement ni d'œdème. Mouvements articulaires très satisfaisants.

Sorti de l'hôpital le 20 décembre.

Observation IV. — Deguise, Edmond, 57 ans. Entré le 6 décembre. Chute par glissement ; fracture de la malléole tibiale et de l'extrémité inférieure du péroné. Mobilité et crépitation. Pas de tendance au déplacement.

Application de la *gouttière contentive* le 9 décembre; de *l'appareil ambulatoire* le 18; (on en a retardé l'application parce qu'il y avait beaucoup de besogne dans le service).

Le 20, le malade commence à marcher sans douleur. — Appareil enlevé le 3 janvier. Consolidation. Léger gonflement de l'articulation tibio-tarsienne; massage.

Observation V. — Mouton, Joseph, 44 ans, entre le 9 décembre. Chute de 7 mètres de haut.

Fracture sus-malléolaire en tous points semblable à celle de l'observation précédente. Peu de tendance au déplacement. 9 décembre, application de la *gouttière contentive* ; de *l'appareil ambulatoire* le 20 (même remarque que pour le malade IV). Et le malade commence aussitôt à se promener dans la salle.

Le 31 décembre, le malade demande à rentrer chez lui pour surveiller les affaires de son petit commerce.

Observation VI. — Demulder, Charles, 41 ans, entre le 9 décembre. Chute par glissement sur le bord d'un trottoir. Fracture au tiers inférieur du tibia, peu oblique et sans grande tendance au déplacement. Le péroné est fracturé un peu plus haut.

Application de la *gouttière contentive* le jour de l'entrée, le 9 décembre.

Application de *l'appareil ambulatoire* le 13 décembre.

Le 15 décembre, le malade commence à marcher ; un peu hésitant d'abord, il apprend vite à se servir de l'appareil et marche très couramment les jours suivants. Pas de douleurs.

Appareil levé le 6 janvier. Consolidation complète (vingt-neuf jours après l'accident). Pas d'atrophie ni de raideur.

Observation VII. — Payré, Antony, 28 ans, entré le 1er janvier 1898, à 9 heures du matin. Il vient de faire une chute par glissade au bas d'un trottoir. Il est tombé assis sur son pied blessé.

Le 2 janvier, je le trouve le pied tout à fait luxé en dedans. Le fragment supérieur de la malléole péronéale fracturée, fait saillie aiguë sous la peau qu'elle menace de percer. Petite plaie à ce niveau, mais ne

pénétrant pas jusqu'au foyer de fracture. Cassure du tibia à deux ou trois centimètres au-dessus du plateau tibial. — Grande mobilité. Crépitation marquée. Très peu de gonflement. Tentatives de réduction très douloureuses et inutiles. La réduction ne peut être obtenue que le 3 janvier sous le chloroforme, vu la contracture des muscles qui reproduit facilement le déplacement quand on cesse de maintenir les fragments coaptés. Application d'une *gouttière contentive* un peu plus épaisse que d'ordinaire et très soigneusement maintenue en bonne position jusqu'à dessiccation parfaite. Application de l'*appareil ambulatoire*, le 4 janvier. Dès le lendemain le malade marche bien, pouvant se tenir sur sa jambe blessée seule; et mieux encore le surlendemain. Il se plaint seulement que la coque plâtrée le gratte un peu rudement dans le creux du jarret que l'on a négligé de garnir d'ouate.

Voici quel appareil a été appliqué à tous :

Dès le premier jour, si vous arrivez avant le gonflement; au bout de quelques jours d'attente et de repos sous une légère compression ouatée, si le blessé vient avec un membre déjà gonflé; — appliquez, après réduction de la fracture, et le pied étant bien à angle droit sur la jambe, *la gouttière plâtrée contentive :* gouttière peu épaisse (8 épaisseurs de tarlatane) qui embrassera la moitié postérieure de la jambe, le talon, la semelle et les bords du pied. Le bord supérieur de la gouttière doit rester à quelques centimètres au-dessous de l'évasement tibial; elle est découpée au ras des orteils qu'elle ne dépasse pas. La gouttière plâtrée molle est moulée sur le membre par quelques tours de bande en tarlatane mouillée que l'on enlève après dessiccation pour les remplacer par des bracelets de diachylon, au cas où la crainte du déplacement des fragments commande une surveillance continue de la face antérieure de la jambe; que l'on laisse au contraire en place si ce déplacement n'est point à redouter.

Le lendemain on peut appliquer l'*appareil ambulatoire* proprement dit. Vous aurez commandé au premier serrurier venu une lame de tôle solide, de cinq centimètres de large. Cette lame sera façonnée en forme de long étrier ou de long rectangle à trois côtés. Les deux longues branches de l'étrier mis en place devront atteindre en haut le chapiteau tibial, tandis que le bord inférieur de l'étrier, celui qui formera sous-pied et qui appuiera sur le sol, devra rester à 3 ou 4 centimètres de la surface plantaire du pied. Cet étrier m'a été confectionné pour le prix de 2 fr. 50; ce qui répond à l'objection que l'on a faite à l'appareil d'être coûteux. L'étrier dont use M. Reclus est en fer battu et les lames en sont beaucoup plus étroites et plus épaisses que celles de l'étrier que j'emploie. Je trouve que la largeur des lames en rend l'application plus facile au niveau de l'évasement tibial. Un perfectionnement réel serait de faire les branches de l'étrier plates et larges à la partie supérieure et se continuant en bas sous forme d'une tige. Tel est l'appareil que tient en main un des malades sur la photographie ci-jointe. (Il le tient renversé, le souspied de l'étrier dans la main; les lignes de l'appareil se confondent malheureusement sur l'épreuve avec les barres d'un lavabo devant lequel le malade a posé). Mais c'est là une petite complication qui n'est pas absolument nécessaire; l'étrier très simple que j'ai décrit plus haut et qui, je le répète, peut être fabriqué en deux heures par un serrurier de village, suffit parfaitement. Tous ces étriers métalliques pèsent environ 800 gr.

Ceci posé, le technique de l'application de l'étrier sera des plus simples : Faites deux attelles formées de seize épaisseurs de tarlatane, attelles larges de 8 cent. et longues de 30. Appliquez, en dedans et en dehors de la face antérieure de la partie supérieure de la jambe, vos deux attelles bien imbibées de plâtre convenablement gaché (parties égales d'eau et de plâtre) ; de façon à ce qu'elles s'appuient sur l'extrémité supérieure de la gouttière plâtrée contentive placée la veille. Les attelles remontent sur les parties latérales du genou et de l'extrémité inférieure de la cuisse. Ces attelles forment le lit sur lequel viendront s'appuyer, se mouler juste au-dessous de l'évasement tibial, les extrémités supérieures des lames de l'étrier. Celui-ci sera maintenu par un aide de façon à ce que la branche sous-pied soit distante de 4 cent. de la plante du pied. Rabattez alors sur les extrémités supérieures des lames la portion libre des attelles plâtrées, celle qui remontait vers la cuisse, et solidarisez le tout avec une bande saupoudrée de plâtre que l'on mouillera au fur et à mesure de son déroulement. Il n'est pas mauvais de garnir d'une légère couche d'ouate le creux poplité où le contact des plicatures que fera là la bande plâtrée pourrait être douloureuse. Cette coque plâtrée de maintien devra remonter, pour fixer bien l'appareil, jusqu'à quelques centimètres au-dessus du genou, et descendre jusqu'au tiers supérieur de la jambe, et même jusqu'à mi-jambe, pour éviter le ballottement du membre en battant de cloche, ce qui rendrait la marche moins assurée.

L'appareil est fini. Laissez sécher 24 heures et dès le lendemain, le fracturé pourra s'exercer à la marche. Le membre s'appuiera par l'évasement tibial sur les lames de l'étrier, lesquelles transmettent au sol le poids du corps, le tibia restant suspendu sans supporter aucune pression.

Il est entendu que si le blessé accuse des pressions douloureuses, soit à la marche, soit a fortiori au repos,

il faudra défaire l'appareil et en replacer un autre mieux conditionné.

Naturellement, dans les premiers temps, nous faisons surveiller le blessé par un camarade valide et lui donnons des cannes, voire des béquilles. Mais il arrive vite à s'en passer et se contente généralement, au bout de deux jours, d'une seule canne. On évite aussi le glissement du sous-pied métallique sur le sol et l'on facilite la déambulation en garnissant ce sous-pied de quelques tours de bande en toile.

En résumé, avec l'appareil ambulatoire, nous avons fait marcher bien avant la consolidation, et quelques-uns dès la première semaine, voire dès le quatrième jour, des fracturés du membre inférieur, atteints de fracture bi-malléolaire avec luxation du pied, ou de fracture de la diaphyse des deux os. Certains blessés, naturellement plus lestes et plus hardis que les autres, apprennent vite à se servir de l'appareil et arrivent plus rapidement à se passer des cannes de sûreté que nous leur mettons en main. Mais tous sont parvenus en peu de jours à un résultat satisfaisant. Ils se promenaient sans aide dans la salle, allaient seuls aux cabinets et aidaient parfois la sœur du service dans quelques détails de sa besogne. Il fallait plutôt réprimer leur activité ambulatoire que la stimuler. L'appareil est bien un peu lourd (1.500 gr. environ, plâtre et métal), mais ils s'en accommodaient aisément et aucun d'eux ne se plaignait des pressions exercées sur le chapiteau tibial que l'expérience démontre être un point d'appui très suffisant.



La photographie ci-jointe montre les malades des observations III et VI. L'*appareil ambulatoire* et la *gouttière contentive*, étant blancs tous deux, s'y confondent un peu à l'œil. La ligne de séparation se distingue cependant sur le malade placé à gauche. Les deux malades s'appuient sur le membre blessé, l'autre étant posé demi-fléchi sur un tabouret. Le jour où cette photographie fut faite, la fracture des deux os du malade de l'observation VI (malade de droite), ne datait que de 7 jours. L'autre malade (obs. III), fracturé du péroné avec luxation du pied en dehors, a marché dès le quatrième jour de traumatisme.

Nous voilà bien loin de la description pessimiste d'Hennequin, suivant lequel les appareils de marche « permettent tout au plus aux blessés de faire quelques pas, soutenus par des béquilles ou des aides, et posant — oh ! très légèrement — le pied sur le sol ». Nous ne pouvons admettre non plus avec cet auteur que « tant que le traitement ambulatoire ne permettra pas la reprise du travail quotidien, ses inconvénients ne seront pas compensés par ses avantages ». Quels inconvénients aurait pu avoir l'appareil dans les cas que nous venons de rapporter ? Quant à la reprise des occupations professionnelles, il faut distinguer. Assurément le facteur rural ne pourra recommencer sur le champ sa tournée, le mineur descendre dans la fosse, ou le couvreur remonter sur les toits. Mais il y a bien des métiers moins pénibles ; et si, au bout d'une huitaine, on met un notaire à même de siéger en son étude, un employé de se rendre à son bureau, un chef d'usine de reparaître dans ses ateliers, un médecin de retourner à son cabinet et même de faire quelques visites (le Dr Krause, avec une fracture des malléoles, reprenait, dit-on, ses visites au sixième jour, et montait des escaliers) ; pourra-t-on nier que l'on n'ait rendu à ces blessés un signalé service ? « Si seulement, s'écrie Hennequin, on pouvait abréger les longs jours d'inaction ! » On le peut certainement en bien des cas.

Le peut-on dans tous ? Le hasard a fait qu'il ne s'est point encore présenté dans mon service, depuis que je poursuis ces recherches, une de ces fractures de jambe à biseau très oblique et à contention difficile, si fréquentes pourtant dans les hôpitaux. Je crois que, même alors, avec une gouttière contentive hermétiquement appliquée après dégonflement et laissée bien ouverte en avant pour permettre la surveillance du déplacement possible, on doit reussir à faire marcher le patient. Deux observations de Reclus le démontrent et j'attends impatiemment l'occasion de le vérifier par moi-même. Mais, quand il faudrait, dans certaines fractures particulièrement malaisées à maintenir en place, ne faire marcher que tardivement, alors que les fragments sont déjà soudés, ou même

renoncer complètement à la méthode et s'en tenir à la vieille immobilisation, est-ce une raison pour condamner l'appareil ambulatoire dans les cas nombreux où il sera très utile aux blessés et très apprécié d'eux. J'engage mes confrères à essayer et crois pouvoir leur promettre que, si l'appareil est soigneusement fait, ils seront surpris des résultats immédiats.

Quant aux résultats définitifs, la consolidation sera obtenue tout aussi rapidement, sinon plus, que par le séjour au lit. Cela n'est pas pour nous étonner. Nous savons tous que l'immobilisation idéale n'est jamais obtenue dans les fractures du fémur, des côtes, du maxillaire inférieur et que cela ne les empêche pas de se solidifier. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a montré depuis longtemps que, pourvu que les surfaces fragmentaires restent en présence, les très petits mouvements qui se passent dans le foyer favorisent plutôt qu'ils ne l'entravent la formation du cal. Dans certaines pseudarthroses des membres inférieurs la marche est un moyen d'obtenir la consolidation. Une des histoires que je raconte le plus souvent à mes élèves, — tous les vieux professeurs ont des anecdotes qu'ils ressassent volontiers, — est celle d'un petit malade atteint de pseudarthrose du fémur, suite de fracture compliquée. Après l'avoir maintenu au lit durant des mois, les médecins qui le soignaient, de guerre las, avaient permis qu'on le levât après l'avoir pourvu d'un appareil à attelles qui maintenait tant bien que mal la pseudarthrose. Muni de cet appareil, le gamin se leva bientôt de lui-même et se promena dans l'appartement à l'aide de béquilles, puis alla jouer dans la cour de sa maison et dans la rue. En six mois la consolidation osseuse fut acquise et le membre devint solide et utile. Si les petites trépidations et les pressions douces imprimées par la marche à une pseudarthrose, y réveillent l'activité ostéogénique, elles ne nuisent pas à l'ostéogénèse normale d'un foyer de fracture récent. De plus, les malades, une fois consolidés, reprendront plus vite leur marche normale. En dépit des raisonnements et des prévisions fâcheuses, il y aura moins d'œdème du membre, moins d'atrophie musculaire, moins d'enraidissement des jointures et gaines synoviales voisines. L'entretien par la marche de la vitalité du membre traumatisé, vitalité souvent fort languissante après deux mois de séjour au lit, remplace le massage.

Le travail critique d'HENNEQUIN, dont j'ai déjà beaucoup parlé, se termine par cette phrase : « Faire » marcher utilement les fracturés du fémur et du tibia » n'est pour l'instant qu'un beau rêve ». Pour un assez bon nombre de fracturés du tibia, ce rêve est bel et bien une réalité. Quant au fémur, la chose est beaucoup plus malaisée. Les contre-indications à la déambulation seront peut-être plus nombreuses ; et cependant, c'est aux fracturés du fémur, surtout aux fracturés âgés, qu'il serait surtout désirable d'éviter le décubitus indéfini. Le problème est épineux ; peut-être dans certains cas n'est-il pas insoluble. Nous faisons dans mon service certains essais qui n'ont pas trop mal réussi et dont nous entretiendrons quelque jour les lecteurs de ce journal.

Clinique Médicale de la Charité

Service de M. LE PROFESSEUR COMBEMALE

Fausse angine de poitrine liée à l'hystérie ou à la maladie de Basedow

par le docteur **L. Ingelrans** (de Lille)

Autant l'angine de poitrine offre un tableau clinique presque identique partout à lui-même dans ses grands traits, autant elle est variable dans son étiologie, partant dans son pronostic. Ce n'est pas qu'il ne soit souvent facile de remonter à ses causes et de savoir de la sorte si, oui ou non, les accès seront graves, — mais dans un grand nombre de cas les facteurs qui lui donnent naissance sont tellement peu nets que l'on hésite, sinon à formuler un diagnostic, du moins à prévoir ce qu'il adviendra du malade particulier que l'on a en vue. C'est à propos d'un cas de cette nature que nous voudrions, brièvement, rappeler les formes de l'*angor pectoris* et discuter à quelle d'entre elles il faut rapporter notre observation.

Rien d'aussi variable que le classement général proposé par les auteurs, mais rien d'aussi constant aussi que leur façon de voir l'ensemble. Pour tous, il apparaît clairement qu'il y a plusieurs genres d'angines de poitrine et la phrase initiale du beau mémoire de HUCHARD (*Revue de médecine*, 1883) serait assurément approuvée de tous les pathologistes : « C'est un syndrome qui répond à des états anatomiques variés ; il représente des maladies différentes au même titre que les palpitations et les syncopes. »

Une grande division s'impose de prime abord entre les formes graves et les formes bénignes ; il va de soi que c'est la plus naturelle, car c'est la plus clinique. Il faut donc mettre d'un côté l'angine vraie, celle dont on meurt, et de l'autre la ou les fausses angines, l'*angina minor*, caractérisée par sa bénignité relative.

Que sont ces deux formes et quels sont leurs domaines respectifs? Nous allons le voir en quelques lignes. Voici comment se présente l'angine grave :

Sous l'influence d'une émotion ou d'un effort, une douleur violente saisit le malade. Elle a son siège sous le sternum. En même temps c'est une angoisse inexprimable et, suivant les termes consacrés, la sensation de la mort prochaine. Presque toujours la face pâlit et les extrémités se refroidissent. En quelques minutes, tout est fini, il ne reste plus qu'une impression ineffaçable dans l'esprit du patient.

Le fait important de la crise, c'est la sensation d'angoisse (angor) à telle enseigne qu'elle peut la constituer à elle seule, sans douleurs, fait du reste exceptionnel. En outre les irradiations au bras gauche, quelquefois au bras droit (Potain) sont presque constantes, accompagnées ou non de troubles vasomoteurs dans les mêmes régions. D'autres propagations douloureuses surviennent parfois : au plexus cervical, aux branches extra-cardiaques du vague, aux espaces intercostaux, à l'hypogastre, au testicule, etc., mais il s'agit là de traits ajoutés au tableau et fort inconstants.

Pendant la crise, le malade suspend sa respiration ; le cœur, pour sa part, peut demeurer calme, mais le plus ordinairement, au début ou pendant l'accès, il bat plus lentement (jusqu'à 20 pulsations par minute, Peter — 15 pulsations, Teissier) — souvent ses contractions sont faibles et tumultueuses, quelquefois enfin elles s'accélèrent.

Ces accès d'angine de poitrine ne durent point longtemps : il en est pourtant qui se prolongent et entraînent la syncope, puis enfin la mort ; d'autres sont mortels d'emblée. Le début en est toujours subit et, en règle générale, ils sont provoqués par une marche précipitée ou contre le vent, par un effort, par une émotion morale. C'est là un des bons caractères de l'angine vraie : elle offre néanmoins assez souvent des crises nocturnes d'apparence spontanées.

L'angine vraie n'arrive qu'à d'assez lointains intervalles ; elle est, nous le répétons, toujours grave et l'explication en est aisée : il s'agit presque toujours d'une obturation incomplète des artères coronaires. L'ischémie cardiaque est, en effet, la cause première de la maladie de Rougnon-Heberden. Mais à côté de l'oblitération artérielle organique, dont on connaît suffisamment les facteurs essentiels, il faut faire place d'un côté à la névrite du plexus cardiaque, de l'autre aux troubles fonctionnels des vaisseaux nourriciers du myocarde. L'existence de la névrite est discutée et il ne nous appartient pas de rien dire à cet égard ; assurément, elle peut fort bien avoir son rôle et bien des faits plaident en sa faveur. Mais, nous ne nous y arrêterons point, car elle ne paraît pas être en jeu dans le cas particulier qui nous occupe.

Autre chose est le spasme des coronaires : il est difficile de nier son importance et c'est lui qui rend le mieux compte des états pseudo-angineux (*angina minor*) dont nous allons dire quelques mots.

La claudication intermittente du cœur explique à elle seule tous les phénomènes d'*angor pectoris*. L'ossification des coronaires, leur embolie (Virchow), l'aortite oblitérante, l'athérome ou même la dégénérescence cardiaque amènent l'angine vraie. Les grands troubles vaso-moteurs, le spasme de ces mêmes artères suffiront, à coup sûr, à aboutir au même résultat. Or, la physiologie démontre amplement ce mécanisme en ce qui concerne l'action du tabac sur le cœur. Claude Bernard a mis en évidence son action sur le pneumogastrique et le système artériel ; Beau, Gelineau et Decaisne ont donné à ses expériences l'appui de la clinique. Que produit donc le tabac, si ce n'est la fausse angine, celle qui ne se termine pour ainsi dire jamais par la mort? et s'il en est toujours ainsi, ne peut-on en inférer que la fausse angine des non-fumeurs doit son origine à un mécanisme sinon identique, du moins fort analogue ? A vrai dire, l'intoxication nicotinique réclame pour sa part la majorité des pseudo-angines ; néanmoins beaucoup parmi elles relèvent de troubles vaso-moteurs d'une nature différente.

Laissant de côté les accès angineux à point de départ gastrique, autrement dit les accidents cardio-pulmonaires dus à des troubles gastro-hépatiques (Potain, Barié) et dont le diagnostic se base sur des considérations particulières, demandons-nous ce que sont les fausses angines de poitrine et comment on les distingue de la vraie. Dans ses grandes lignes, le tableau est le même ; ce sont les détails qui font les frais du diagnostic. Huchard les a bien mis en relief.

L'attaque d'angine vraie se produit sous l'influence d'un effort, d'une fatigue, etc., on peut certainement la voir naître la nuit, mais c'est moins fréquent, tandis que dans la fausse angine les malades sont le plus souvent surpris dans l'immobilité ou pendant une conversation. L'intensité de la douleur atteint rarement chez eux celle de l'angine véritable, et tandis qu'au début, du moins, les crises vraies sont fort éloignées, il peut se faire qu'elles soient d'emblée rapprochées dans les pseudo-angines.

L'état général et les signes concomitants mettront sur la voie ; nous n'insistons pas, car il est évident qu'entre un scléreux âgé et une hystérique franche on fera aisément le départ de ce qui revient aux lésions ou aux perturbations fonctionnelles. En tous cas, dans les cas mal définis, cela pourrait faire pencher la balance de l'un ou de l'autre côté.

Gairdner (*System of medicin*) prétend que lorsque la douleur possède les attributs d'une névralgie avec accès franchement paroxystiques, il ne s'agit souvent que d'une pseudo-angine : dans la vraie angine le terme de névralgie est insuffisant, c'est la sensation imminente de la mort. Au contraire, pour Potain, l'intensité de la douleur et l'angoisse sont sans valeur : il a vu mourir sans grand fracas.

L'angine vraie est de beaucoup plus rare et plus grave que l'autre. Cette dernière présente une répétition notable des accès : ainsi une malade de Rigal en a eu 200 en deux ans. On verra plus loin ce qu'il en est chez la nôtre.

D'autre part, encore, l'angine vraie est rare avant 40 ans, elle frappe surtout les hommes, elle arrive pour des causes toujours identiques ; la fausse, au contraire, est de tous les âges, plus fréquente chez la femme : ses apparitions reconnaissent des causes multiples et variées.

En possession de ces données, nous essayerons de ranger dans l'une ou l'autre catégorie une malade dont voici l'observation et qu'on jugera peut être digne d'intérêt.

Nous verrons ensuite si l'on peut formuler un diagnostic étiologique :

Observation. — Christine S..., 45 ans, entrée le 5 novembre 1897, dans le service de M. le professeur Combemale, lit n° 1. Elle se plaint d'accès douloureux dans la région du cœur.

Sa mère est morte en couches ; son père est mort à 72 ans à la suite d'une frayeur (?). Elle n'a eu qu'un seul frère, mort à 19 ans au cours d'un rhumatisme. Elle-même n'a pas été malade pendant son enfance ; les règles sont apparues à 18 ans et ont continué normalement. A 20 ans, elle s'est mariée ; l'année suivante, accouchement. Son enfant meurt avec des convulsions. Depuis lors, ni accouchement, ni avortement ; son mari est vivant et bien portant.

L'affection actuelle date de cinq ans. Notre malade avait 40 ans et ne se plaignait de rien ; un beau matin, en se rendant au marché, elle est prise, sur une grande route, de violentes douleurs dans la poitrine. Elle est obligée de s'adosser à un arbre ; en reprenant son chemin, les mêmes douleurs reparurent, et à plusieurs reprises. La nuit et le lendemain, mêmes accès. *Ils n'ont pas cessé depuis lors.*

Mme S... donne ces douleurs comme extrêmement pénibles « c'est plus douloureux, dit-elle, que si on m'écrasait la poitrine ». Elles siègent derrière le sternum, d'abord sur la ligne médiane, puis elles montent et gagnent le bras gauche pour se propager de là à la main et aux doigts. Depuis le début du mal, elles ont toujours eu même forme et mêmes caractères ; elles ne diminuent, ni n'augmentent. Actuellement, et comme toujours, d'ailleurs, elles sont très fréquentes ; c'est ainsi que pendant notre examen, dans l'espace de moins d'une heure, elle a eu trois crises d'angine de poitrine. La moindre émotion, le moindre choc, un rien, l'idée même les rappellent. Alors, son visage, déjà normalement coloré, s'injecte : elle se lève et suspend sa respiration en poussant quelques gémissements ; puis, au bout de deux à trois minutes, la douleur cède, la respiration reprend son cours, tout disparaît. Il n'y a jamais eu de perte de connaissance chez cette malade, qui ne présente non plus aucune attaque convulsive.

La nuit, ces crises peuvent survenir deux ou trois fois, généralement à la suite de cauchemars qui, depuis l'origine du mal, sont fréquents. Disons ici à leur propos que l'on n a aucune raison de croire cette malade alcoolique, ni autrement intoxiquée.

En été, elle va *un peu* mieux : mais le nombre des accès est constamment élevé ; il serait impossible de les évaluer.

Aussitôt après la crise, la malade se plaint de ressentir dans la région ombilicale des battements pénibles. On constate des ballonnements du ventre : il serait fort gonflé le soir. Fréquemment des éructations répétées y mettent fin. Quand ce tympanisme augmente, l'angine de poitrine augmente de fréquence : la malade est très affirmative à cet égard

Depuis 1892 aussi, année du début, Mme S... a une sensation de chaleur constante avec des bouffées ; elle ouvre souvent les fenêtres et se couvre peu la nuit.

Etat actuel : Elle paraît d'assez bonne santé générale et de caractère gai, malgré ses douleurs ; elle parle beaucoup. Depuis quelques années elle se met vite en colère et pleure facilement. La palpation précordiale fait percevoir une violente impulsion. Le nombre des battements cardiaques *ne tombe jamais au-dessous de 90.* La percussion révèle une augmentation de la matité transversale, ainsi qu'une dilatation légère de l'aorte qui déborde un peu le sternum. La pression dans le creux sus-sternal est douloureuse. A l'auscultation, souffle systolique dont il est malaisé de trouver le maximum, il paraît cependant se trouver au foyer aortique. Les artères ne sont pas scléreuses. Au moment de l'accès angineux, le cœur s'accélère et atteint 120 à 140 systoles par minute. Les battements carotidiens sont alors très visibles au cou, la face devient fort rouge. Aussitôt que la douleur cesse, le pouls revient rapidement à son chiffre habituel de 90 à 100.

Aucune exophtalmie ; la glande thyroïde est peut-être un peu grosse. Il existe un tremblement général du corps ; quand on fait étendre la main à la malade, on met en évidence les oscillations rapides et menues du membre supérieur ; ce seul effort ramène l'état angineux.

Jamais il n'y a eu ni convulsions, ni paralysies, ni vertiges. Nous n'avons pas trouvé trace d'anesthésies d'aucune sorte ; les réflexes sont normaux, les sens spéciaux paraissent intacts, les systèmes digestif (à part le tympanisme) et respiratoire n'offrent guère rien à noter. Remarquons encore que les règles ont cessé à 44 ans. — Urines normales.

Mme S... nous a dit qu'elle avait fréquemment sur les jambes des taches rouges qui, d'après sa description, pourraient bien être des plaques vaso-motrices.

Elle a toujours sur elle un flacon de nitrite d'amyle, dont elle use sans cesse et qui lui procure beaucoup de soulagement.

La lecture de cette observation établit suffisamment le diagnostic d'angine de poitrine ; nous croyons en outre que, malgré l'état de l'aorte que nous tâcherons d'expliquer plus loin, on admettra avec nous que c'est une fausse angine. La répétition étonnante des accès, leurs causes très variables, leurs fréquentes apparitions nocturnes, etc., nous dispensent d'insister, ce serait répéter ce que nous disions plus haut.

Reste l'étiologie à éclaircir et c'est le point capital. Le tabac mis à part (et il n'a rien à faire ici, non plus que l'alcool, le café et le thé), HUCHARD admet des fausses angines réflexes, diathésiques et nerveuses. Les premières (traumatismes, névromes, efforts musculaires exagérés, etc.) et les secondes (goutte, rhumatisme, diabète) sont, selon toute probabilité, hors de cause.

Restent les formes nerveuses. Mais à laquelle avons-nous affaire ? Ces angines qui ont pour caractère commun de ne jamais se terminer par la mort se rencontrent dans l'hystérie, la neurasthénie, l'hypochondrie, la maladie de GRAVES et même dans l'épilepsie, d'après TROUSSEAU. On voit vite que les possibilités, en ce qui nous concerne, se limitent entre l'hystérie et le goître exophtalmique.

L'*angor pectoris* de nature hystérique a été étudiée par BERTRAND, LARTIGUE, CORDES, PETER, MACDOWAL, CHARCOT, MARIE (*Revue de médecine*, 1882), HUCHARD, LANDOUZY, etc. En 1887, LECLERC (*thèse de Paris*) a donné l'état de la question.

En 1800, HILL avait rapporté le cas d'une femme âgée de 33 ans atteinte d'angor avec accidents nerveux, cauchemars et éructations abondantes pendant les attaques (*The med. and. phys. Journal of London*, p. 30). Nous ne le citons qu'à cause de la similitude des symptômes avec ceux de notre malade. Les éructations gazeuses et le tympanisme gastro-intestinal sont d'ailleurs expressément notés par HUCHARD à titre de prodromes.

En 1882 (*Revue médicale de l'Est*) et en 1886 (*mémoire couronné à l'Académie de Médecine*), LIÉGEOIS a rapporté des faits semblables.

Généralement, dans l'angine hystérique, le cœur est animé de palpitations violentes, le pouls est rapide et petit. Les accès sont variables dans leur fréquence, ils peuvent se reproduire plusieurs fois par jour et l'on peut avoir ainsi un *état de mal angineux*. Les accès nocturnes ne le cèdent en rien aux accès diurnes. Cette forme est fréquente chez la femme et avant 50 ans. De même que l'hystérie peut rester de longues années à l'état latent et ne se manifester par exemple qu'à l'époque de la ménopause, on a vu l'angine de poitrine faire son apparition à cette dernière étape de la vie génitale.

Il est important d'insister sur la rareté des crises convulsives chez les hystériques affectées d'angor. Trois ou quatre seulement des malades de LECLERC en ont eu et pour bon nombre les accès ont eu une fréquence extraordinaire (forme viscérale de l'hystérie).

Il existe des cas où, malgré l'existence manifeste des lésions cardio-aortiques constatées pendant la vie, les crises angineuses, par leur marche, leur durée, leur répétition, accusaient une origine essentiellement névropathique.

Voici quelques exemples pris au hasard : MARIE cite une femme atteinte d'hystérie convulsive à 16 ans ; accès d'angine de poitrine nocturne à 17 ans. Elle revient 8 à 10 fois par an pendant 25 ans. La crise débute dans le petit doigt gauche et remonte à la région précordiale ; elle dure environ deux heures ; le pouls est insensible à la radiale gauche ; refroidissement du côté gauche du corps.

CHARCOT et MENDELSSOHN : une hystérique de 22 ans prise d'accès cardialgiques, douleur angoissante. La face pâlit, devient bleuâtre, livide, froide, puis bientôt rouge et chaude. Battements du cœur très énergiques, pouls à 130-150. Au bout de 15 minutes tout se termine par un tremblement. En 3 ou 4 heures, elle a 3 ou 4 crises.

Un médecin non fumeur, âgé de 23 ans (AUBRY. *Thèse Paris*, 1882), est atteint de palpitations. Une nuit, il se réveille en proie à une angoisse extrême avec sensation de constriction thoracique. Les battements du cœur sont faibles et ralentis, puis ils augmentent, le choc précordial devient violent ; à l'état syncopal avec froid succède une chaleur générale avec face vultueuse. Une autre fois, étant assis, il est pris d'une sensation étrange de gonflement du ventre, puis d'un accès angineux, après lequel le cœur se met à battre à coups précipités et des éructations diminuent la replétion gazeuse de l'estomac. Des crises analogues se répètent pendant des mois, entremêlées de cauchemars, de spasmes œsophagiens, etc.

Une dame observée par OSGOOD (*Amer. Journ. of med. Sciences*, 1875), avait pendant l'attaque la face rouge et le pouls à 140. En quelques minutes, il tombait à 90 par minute., etc., etc.

Ces quelques exemples ont plus d'un rapport avec le cas que nous étudions, par exemple la vaso-dilatation et l'accélération du pouls pendant l'accès, faits peu communs dans l'angine vraie, ainsi que le tym-

panisme gastro-intestinal et les éructations. Assurément, malgré l'absence de crises convulsives dans notre observation, malgré l'absence d'anesthésies, il paraîtrait logique à chacun de la mettre sur le compte de l'hystérie et le vrai diagnostic est peut-être là ; néanmoins la maladie de BASEDOW pourrait bien être aussi incriminée. En voici les raisons.

Mme S.... offre une tachycardie permanente ne s'abaissant jamais en dessous de 90 pulsations, elle a un tremblement qui présente les caractères décrits par CHARCOT et MARIE, elle a une sensation bien nette de chaleur avec bouffées, ses règles ont cessé brusquement (il est vrai qu'elle avait 44 ans et nous n'en voulons rien conclure), son caractère est devenu bizarre, les cauchemars et l'insomnie méritent peut-être l'attention, elle a au cœur un souffle mal défini, bref tout cela réuni permet de penser au goître exophtalmique. On en a décrit de frustes dont les traits étaient moins bien dessinés.

Mais l'angine de poitrine ? Eh bien, elle existe dans la maladie de GRAVES (LESCAUX. *Thèse de Paris*, 1885). TROUSSEAU l'a décrite au cours du goître et MARIE en donne quelques cas, dont le suivant : Les accès d'angine débutaient chez un basedowien par une augmentation des palpitations, un serrement de cœur comme si on le lui arrachait. Il lui semblait qu'il allait mourir, quelquefois il perdait connaissance. LIÉGEOIS a vu les mêmes phénomènes : il en a publié des observations, dont trois de HUCHARD où l'angine a été fréquemment une des expressions symptomatiques du goître, compliqué ou non d'hystérie.

LAQUEUR (*Thèse de Berlin*, 1861) cite une femme de 22 ans qui dans le cours d'un goître exophtalmique fut prise d'accès périodiques de sternalgie avec irradiations dans le clavicule et le bras. L'autopsie ne donna aucun résultat.

Qu'il s'agisse d'hystérie ou de maladie DE GRAVES, on invoque comme pathogénie une névralgie du plexus cardiaque, un spasme des coronaires, un spasme artériel généralisé, enfin une origine centrale. Cette dernière manière de voir est fort vraisemblable, car ces névroses doivent être centrales. Mais nous dirons avec HUCHARD, qu'admettre le siège d'une maladie dans les centres, ce n'est pas croire à l'origine toujours centrale de ses manifestations : il y a dans la maladie de BASEDOW des dilatations du cœur, et quelquefois le cœur forcé qui peut conduire à l'asystolie et à l'angine de poitrine; il y a aussi des accès névralgiques et des troubles vaso-moteurs capables de provoquer des accès angineux. Il se produit dans le goître exophtalmique une dilatation des cavités qui peut en imposer pour de l'hypertrophie.

C'est qu'en effet, les palpitations de la maladie de BASEDOW ne s'accompagnent pas d'un abaissement de la pression sanguine. Celle-ci reste normale ; il en résulte une augmentation de l'action du cœur et parfois une dilatation consécutive. Dans la moitié des cas, il y a des souffles et c'est ainsi que nous aurions tendance à expliquer celui qu'on trouve chez notre malade et l'augmentation de sa matité précordiale. Cela nous paraît infiniment plus rationnel que de supposer une lésion cardio-aortique qui n'aurait pas encore entraîné la mort après des centaines de crises angineuses.

Nous concluons donc que notre malade est une hystérique ou une basedowienne, sans aller plus loin — c'est justement parce qu'il est mal défini que ce cas nous semble offrir de l'intérêt.

Il nous reste deux mots à dire en terminant sur l'action du nitrite d'amyle. Mme S... s'en sert constamment et en retire un véritable soulagement.

Or, pendant l'accès, il y a vaso-dilatation de la face : il semble donc paradoxal que le nitrite d'amyle puisse agir, puisque l'opinion classique veut qu'il fasse cesser l'accès en ouvrant largement les vaisseaux périphériques. Cette opinion ne se concilie pas du tout avec les faits. Une remarque semblable peut se faire à l'égard de l'auto-observation du docteur HERRIES MADDEN, de Torquay (*The Practitioner*, 1872). Ce médecin avait hésité à employer le nitrite d'amyle parce qu'il avait le visage congestionné pendant ses crises d'angine de poitrine. La première inhalation qu'il en fit produisit un effet merveilleux; les attaques perdirent de leur gravité et de leur fréquence, puis cessèrent.

JOHNSON (*Brit. med. Journ.*, 1877) est parti de là pour soutenir que le nitrite d'amyle n'agit pas en dépresseur vaso-dilatateur, mais bien en anti-névralgique. C'est en amenant la sédation de la douleur qu'il produirait le retour à l'état normal. Ce qui se passe chez notre malade semble fournir une confirmation à l'appui de cette théorie aujourd'hui délaissée.

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE LILLE

NOMINATION

Par arrêté de M. le Recteur, M. PAINBLAN est institué chef de clinique ophtalmologique.

ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE AU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

L'Assemblée de la Faculté a désigné MM. FOLET et BARROIS, comme membres du Conseil de l'Université de

Lille. Nous adressons nos sincères félicitations à nos deux sympathiques collaborateurs.

Distinctions honorifiques

Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeurs. — MM. les docteurs GOUJON, maire du XII[e] arrondissement de Paris; DEBAUSSAUX, médecin inspecteur de l'armée; HARMAND, ministre de la République française à Tokyo.

Officiers. — MM. les docteurs HAYEM et RAYMOND, professeurs à la Faculté de Paris; BERTRAND, médecin en chef de la marine; LAYET, professeur à la Faculté de Bordeaux, médecin principal de réserve de la marine; SIMON, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; ALPHANT, CLÉMENT, VAILLARD, ZAEPFFEL (médecins de l'armée active); REBATEL, président du Conseil général du Rhône.

Chevaliers. — MM. les docteurs BARTH et HIRTZ, médecins des hôpitaux de Paris; MARCHAND, chirurgien de l'hôpital Boucicaut; MARTIN, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; HEYDEINREICH, doyen de la Faculté de Nancy; RAMONAT (de Paris); CHEVALET (de Paris); BOURÉE (de Châtillon-sur-Seine); FAURÉ (conseiller général de la Haute Garonne); BERTHOLLET (de Grenoble); FABRE (chirurgien en chef des hôpitaux du Puy); DARLAN (médecin-adjoint à l'hôpital de Nérac); WARENGHEN (médecin en chef de l'hôpital de Calais); ESCORNE (de St-Yrieix); MERVEILLEUX et ROUSSELOT-RENAUD (médecins coloniaux); GUILBERT, ancien préfet; BOURGEOIS, président du Conseil d'arrondissement des Andelys; ANNER (de Brest); BALEY (de Châteaulin); DE LA BELLIÈRE (de Bréhal); HACHE (de Reims); AUGER, BAYREL, BOSC, J.-M. BROUSSES, CHRISTY, L. COLLIN, COLLINET, LEPRÊTRE, P.-L. MARY, NAMIN, PASCAUD, RIFF, RIVIÈRE, SIBUT, VERDIER, VÉRON (médecins de l'armée active); CAZES (médecin de l'armée territoriale); E. AUBRY, DUVILLE, HENRIC (faits de guerre), LASSABATIE; LE MÉHAUTÉ, MENIER, TRÉGUIER, VINAS (médecins de la marine); HACHE (médecin de réserve de la marine).

— Une mention honorable pour acte de dévouement a été décernée à M. le docteur P. AUBER (de Paris).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort du doyen du corps médical lillois, M. le docteur BRISSEZ, chirurgien honoraire des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, décédé dans sa quatre-vingt-treizième année, et celle de M. le docteur HOUZÉ (de Croix), qui servit brillamment dans l'armée du Nord, pendant la campagne de 1870-71.

— MM. les docteurs DUMESNIL, médecin de la marine, à Haïphong; le professeur ZACHARINE, de St-Pétersbourg.

OUVRAGES REÇUS

L'urine normale de l'enfant, par les docteurs CARRON DE LA CARRIÈRE, et MONFET. Académie de médecine 20 juillet 1897.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

52[e] SEMAINE DU 26 DÉCEMBRE AU 2 JANVIER 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	3
3 mois à un an	6	2
1 an à 2 ans	1	3
2 à 5 ans	1	3
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	6	2
40 à 60 ans	11	3
60 à 80 ans	11	10
80 ans et au-dessus	»	2
Total	41	31

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2
Bronchite et pneumonie	2	2	2	5	1	2	2	1	1	»	2	20
Maladies organiques du cœur	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Diarrhée et entérite — moins de 2 ans	»	1	»	4	1	»	»	»	1	»	»	7
Diarrhée et entérite — de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite — plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	»	4	2	»	»	3	1	»	1	»	»	11
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	2
Suicide	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	1	3	6	5	1	4	2	1	2	»	»	25
TOTAL des DÉCÈS	3	12	10	16	4	11	6	2	6	»	2	72
NAISSANCES par Quartier	4	12	15	20	8	10	6	1	16	1	3	96

Deuxième Année, N° 3. Le Numéro : **10** centimes. 16 Janvier 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT *5 fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS *3 fr. par an*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*

Les abonnements partent du 1[er] Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

AVIS

Ceux de nos lecteurs qui ne nous ont pas encore adressé le montant de leur réabonnement sont priés de vouloir bien nous l'envoyer en un mandat-poste. Ce mode de paiement est à la fois le plus simple et le moins coûteux pour eux et pour nous, et le talon du mandat peut leur tenir lieu de quittance. Les recouvrements par la poste sont augmentés de 0,50 centimes.

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine.— TRAVAUX ORIGINAUX : Pathogénie des vomissements des phtisiques; Vomissements par hyperesthésie pharyngée, par M. **A. Berthier.** — Sur la présence de l'urobiline dans l'urine, par M. le docteur **Deroide.** — Intérêts professionnels. — Variétés. — Nouvelles. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie des sciences,** M. BROUARDEL parle des logements insalubres. C'est dans les habitations étroites et encombrées que se cultivent les affections contagieuses, c'est là que se constituent des foyers qui rayonnent bientôt dans le voisinage et parfois à de grandes distances. A Paris, la mort par tuberculose prélève une dime deux fois plus élevée dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches. A Laval et Fougères elle fait d'importants ravages parce que les tisserands y travaillent dans des caves sombres et humides. A la campagne, les ouvertures des maisons sont réduites au minimum : toutes sortes de maladies y pénètrent, parce que le soleil et l'air n'y entrent pas. Le Parlement est saisi de la question des logements insalubres : M. BROUARDEL invite l'Académie à mettre en pleine lumière les nécessités auxquelles il faut pourvoir.

A l'**Académie de médecine,** M. FORT communique les observations de plusieurs malades atteints de rétrécissements urétraux et œsophagiens qui ont été guéris par l'électrolyse. M. DARIER propose de substituer le protargol aux sels d'argent généralement employés en thérapeutique oculaire. M. LAVERDE déclare avoir obtenu de bons résultats en injectant aux lépreux le produit de la trituration des tumeurs lépreuses mélangé à de l'eau distillée. Enfin, M. APOSTOLI préconise le bain statique et la révulsion par les étincelles, dans le traitement de la neurasthénie avec anesthésie, le bain statique seul dans la neurasthénie avec hyperesthésie.

⁂ MM. ENRIQUEZ et HALLION, à la **Société de Biologie,** réclament la priorité, en ce qui concerne la communication de MM. CHARRIN et CLAUDE sur les myélites expérimentales par toxines microbiennes. Ils ont vu, en 1894, la toxine diphthérique déterminer chez deux chiens des foyers de myélite, et chez un singe une poliomyélite chronique des plus pures, identique à celle de l'homme. M. CHARRIN répond que, le premier, il a fait voir l'influence des toxines dans la genèse de certaines paralysies. D'autre part, ENRIQUEZ et HALLION ont obtenu un processus rapide dans un cas, dans un autre ils n'ont pas noté l'amyotrophie, etc. ; différences importantes qui éloignent sensiblement leurs résultats de ceux que CHARRIN et CLAUDE présentent actuellement.

M. PILLIET, étudiant les caractères anatomo-patho-

logiques des appendicites calculeuses, a observé que les calculs ainsi formés ne sont point stercoraux, mais uniquement formés au début par du mucus et du sang. Ils appartiennent comme tels aux formes lentes, catarrhales, de l'appendicite et reconnaissent la même pathogénie que les calculs salivaires.

M. GELLÉ soumet les sourds-muets à des exercices acoustiques au moyen du microphonographe de DUSSAU. En plus de l'éveil de l'ouïe, on constate chez ces enfants une excitation motrice considérable. C'est une nouvelle preuve de l'action, déjà démontrée par la vivisection, de la branche vestibulaire du nerf acoustique sur les mouvements.

⁂ Dans des conditions spéciales la nutrition des sujets vaccinés subit un ralentissement portant en particulier sur la consommation, sur la production de l'urée. M. DESGREZ a vu que, quatre ou cinq mois après, cette modification tend à s'annuler et pourtant l'augmentation de résistance au virus persiste. L'immunité ne dérive donc pas uniquement de ce changement nutritif.

⁂ M. HOBBS inocule dans la patte traumatisée d'un cobaye une culture de bacille pyocyanique. L'animal meurt cinquante heures après et l'on trouve à l'autopsie des lésions importantes des muscles, comparables à celles que l'auteur a déjà observées en clinique dans une myosite traumatique à streptocoques.

⁂ MM. SIMONIN et BENOIST ont fait une série d'expériences sur le bacille pseudo-diphtérique et ils se rattachent à l'opinion de ROUX et MARTIN, à savoir que ce bacille est identique à celui de la diphtérie.

⁂ MM. AUCHÉ et HOBBS ont constaté que la tuberculose humaine, après un séjour de soixante jours chez la grenouille, détermine chez les cobayes une tuberculose généralisée. Les bacilles restent donc vivants pendant ce laps de temps, mais leur virulence s'est sensiblement atténuée.

⁂ M. FÉRÉ a constaté, chez un chat décapité par un coup de fusil, la conservation de l'attitude dans laquelle se trouvait cet animal au moment où la mort l'a surpris. Ce phénomène n'a cessé qu'avec la rigidité cadavérique.

A la **Société de chirurgie**, M. SCHWARTZ rend compte de quatre observations d'ulcères perforants du duodénum, dues à des auteurs différents. La première est de ROCHARD : elle concerne un homme de 46 ans qui a ressenti brusquement une douleur très vive, envahissant le ventre. Quatre jours après, grande prostration, pas de douleur localisée, pas de selle, partout du tympanisme, pouls à 110, tempétature 37, 2 ; on fait la laparotomie. On trouve de la péritonite généralisée avec du pus dans le petit bassin ; on découvre une perforation occupant le bord supérieur de la première portion du duodénum, assez large pour permettre l'introduction de la pulpe de l'index. L'opérateur l'oblitère à l'aide de sutures séro-séreuses : l'opéré succombe deux heures après dans l'hypothermie.

M. GUINARD a traité un homme de 30 ans, pris, pendant son déjeuner, d'une douleur extrêmement vive à l'épigastre : vomissements, oligurie, facies péritonéal, etc. Le malade n'avait eu qu'une gastralgie légère. La laparotomie donne issue à un jet de gaz, suivi de flots de bile et de pus. Il existe, à mi-hauteur sur le bord droit de la deuxième portion du duodénum, une perforation comme une lentille, qu'on ferme solidement. Mort quatorze heures après l'intervention : il s'agissait bien d'un ulcère duodénal, accompagné d'une autre ulcération voisine non perforée.

L'observation de M. SIEUR concerne un soldat de 23 ans, pris tout à coup d'une douleur suraiguë à l'épigastre. On pense d'abord à une occlusion intestinale, puis, comme tout s'aggrave, M. SIEUR ouvre le ventre et trouve une perforation sur la première portion du duodénum, au niveau de sa face postéro-supérieure. Il l'isole de la grande cavité péritonéale en suturant à son pourtour du péritoine pariétal et de l'épiploon. La mort survient trente-six heures après.

Enfin, M. LOISON a été appelé auprès d'un officier de 31 ans, atteint brusquement, après absorption de boissons glacées, de douleurs violentes abdominales.

Le diagnostic de péritonite généralisée devient évident, et le chirurgien suppose une perforation de l'appendice. Le collapsus empêche toute intervention, et l'autopsie montre bientôt une perforation siégeant sur la face antérieure de la première portion du duodénum.

M. SCHWARTZ rappelle que, dans la majorité des cas, l'ulcère siège à moins de 5 centimètres du pylore et est unique ; il atteint surtout la face antérieure de l'intestin. C'est un ulcère atonique, voué à une nécrose moléculaire lente, sans grands délabrements, mais à marche perforante.

Presque toujours alors, l'inondation du péritoine est générale. Les malades n'accusent guère de symptômes sérieux antérieurement.

Au moment où l'ulcère se perfore, se déclare une douleur subite, rapidement généralisée à tout le ventre. Le pouls s'accélère et la température, par contre, s'élève peu.

Les vomissements peuvent être tardifs. La percussion

décèle presque toujours une sonorité hépatique : enfin, absence de selles et de gaz par l'anus. Ordinairement, on croit à une occlusion ou à une appendicite. On éviterait peut-être cette erreur, si l'on se rappelait que l'absence de selles et de gaz n'est nullement synonyme d'occlusion. Enfin, on opère généralement trop tard et on ne pense pas assez à aller voir ce qui se passe du côté du duodénum. Ceci explique pourquoi l'insuccès opératoire est, pour ainsi dire, constant. L'intervention doit être aussi précoce que possible ; il faut faire une large laparotomie médiane et suturer la perforation après excision, en ayant soin de bien drainer.

⁂ M. BÉGOUIN présente deux calculs creux du rein, recueillis à l'autopsie d'un prostatique de 62 ans, mort de rétention. Le rein gauche était réduit à une mince capsule fibreuse servant d'enveloppe à deux masses calculeuses. L'une avait la forme et le volume d'un œuf et pesait 43 grammes ; l'autre, grosse comme une noix, pesait 8 grammes. Ces pierres étaient de couleur blanc-jaunâtre, de forme régulière, à surface rugueuse, de consistance très dure. A la coupe, elles s'écrasèrent ; de la plus grosse s'échappa un liquide d'origine urinaire ; la seconde contenait du pus à coli-bacilles. La surface interne en était tapissée d'une sorte de membrane réticulée, formée de mucus et d'hématies. Ces calculs, formés en grande partie de phosphate de chaux, étaient dus à la précipitation des phosphates terreux de l'urine sur la muqueuse enflammée du bassinet. Ils étaient constitués par des stratifications parallèles enkystées, dans l'intervalle desquels on trouve des coli-bacilles Il a dû se faire des dépôts successifs de matière calcaire sur toute la surface de la muqueuse du bassinet ; l'orifice de l'uretère aura été obstrué avant que l'urine se soit écoulée, ce qui explique son enveloppement par la paroi du calcul. L'urine aura alors épaissi cette paroi en y laissant précipiter des phosphates terreux

⁂ M. HUGUET a enlevé un fibro sarcome du vagin développé chez une petite fille de six ans. La tumeur dure, bosselée, irrégulière, faisait saillie entre les grandes lèvres et gênait la miction. Le pédicule était à 3 cent. 1/2 de la vulve. La perte de substance créée par l'ablation a été comblée par une suture à la soie des deux lèvres de la plaie vaginale et la guérison fut complète au bout de huit jours.

A la **Société anatomique**, M. BARNSBY communique le résultat d'une statistique personnelle faisant ressortir la fréquence de la situation pelvienne de l'appendice chez la femme. Sur cent femmes adultes, l'appendice a été trouvé 61 fois en position descendante (la pointe effleurant le bord du détroit supérieur). Sur ces 61 cas, on a noté 32 fois la position basse avec pénétration dans le petit bassin, et rapports variés, soit avec le rectum, la vessie, l'utérus, soit surtout avec la face postérieure du ligament large.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. CHARMEIL présente un malade atteint de troubles moteurs très curieux, constitués par des mouvements cloniques, surtout prédominants aux membres supérieurs. Ces troubles procèdent par période de paroxysmes, surtout fréquents le matin et le soir.

Ce malade est atteint d'une affection qui rentre dans le cadre des myoclonies ; et dans l'espèce le diagnostic le plus vraisemblable est celui de paramyoclonus multiplex de FRIEDREICH. Toutefois le malade s'éloigne un peu du type convenu, car les contractions spasmodiques s'accompagnent de mouvements ambulatoires. D'après les données actuelles, disons-le tout de suite, le paramyoclonus multiplex n'est plus qu'un syndrome assez variable.

On pourrait également songer à la maladie des tics, mais le malade ne présente pas les contractions systématisées ni les troubles mentaux. Quant à la chorée électrique de BERGERON et HÉNOCQUE, il faut retenir que cette dernière affection est surtout fréquente chez les enfants : de plus, les mouvements convulsifs du malade n'offrent pas le caractère désordonné et si franchement explosif des troubles moteurs de la chorée de BERGERON.

⁂ Le docteur CHARMEIL et M. RAVIART, internes des hôpitaux, présentent un malade atteint depuis vingt-cinq ans de phénomènes spasmodiques labio-glosso-laryngés, intéressant également la face. Son aspect est remarquable, l'occiput est fortement rejeté en arrière, le corps a subi des courbures compensatrices de la position vicieuse de la tête, la face enfin est tourmentée par des tics produits par le spasme des différents muscles.

M. le professeur CHARMEIL croit pouvoir rattacher ce cas à la maladie des tics de GILLES DE LA TOURETTE et GUINON.

⁂ M. LEMOINE communique à la Société une note très intéressante, concernant l'étiologie de la cirrhose hépatique.

Il rappelle que, d'après LANCEREAUX, le principal auteur du mal ne serait pas l'alcool, ce serait plutôt un des produits ajoutés pour conserver le vin, le sulfate de potasse. M. LEMOINE a fait une enquête à ce propos,

dans la région de Lille, où la classe ouvrière ne boit que fort peu de vin.

A Lille, la cirrhose atrophique est rare, tant à l'hôpital qu'en clientèle privée ; et dans un service de clinique, on n'en soigne guère plus de 4 à 5 par an. Ce que l'on voit surtout comme lésions dues à l'alcool, ce sont les dégénérescences artérielles, et les affections rénales, qui pullulent ; mais le foie paraît rester indemne.

Que boivent les malades ? de la bière ou du genièvre, ce dernier paraît être un des alcools les moins nocifs ; quant à la bière qui, en principe, devrait être une excellente boisson hygiénique, elle ne l'est pas, à cause de sa fabrication défectueuse, et surtout des produits qu'on ajoute pour la conserver (bisulfate de potasse = 15 gr. par hectolitre). Un homme qui s'alcoolise à la bière. et qui boirait une moyenne de 5 litres par jour, peut ainsi, en un an, absorber de 4 à 500 gr. de bisulfate de potasse ; d'après LANCEREAUX, ces sels dans le vin seraient facteurs de cirrhose ; pourquoi ne le sont-ils pas dans la bière, où ils existent en proportion plus que quadruple ?

En revanche, M. LEMOINE a observé, dans le Nord, cette variété de cirrhose du foie, décrite par HANOT et GILBERT ; variété hypertrophique, qui n'aboutit pas à l'atrophie, et qui, grâce à quelques précautions, peut évoluer lentement sans trop troubler l'état général.

MM HANOT et GILBERT n'avaient pu en réunir que 3 observations ; M. LEMOINE en a observé 8 cas en 9 ans. Il considère que cette cirrhose est consécutive à l'absorption de boissons à essence aromatique (absinthe, amers de toute sorte).

En résumé, la théorie de LANCEREAUX paraît être en défaut, dans le Nord, pays d'alcoolisme, où la cirrhose est relativement rare, quoique les boissons contenant du sulfate de potasse soient ingérées en grande quantité. Il faudrait plutôt incriminer l'absorption des boissons aromatiques apéritives.

⁂ M. CARLIER présente 250 calculs, arrondis, réguliers, du volume de petits plombs de chasse, et qu'il a retirés par les voies naturelles, au moyen de la grosse sonde évacuatrice et de l'aspiration, de la vessie d'une femme, atteinte depuis longtemps d'un prolapsus utérin, et de cystocèle vaginale. Ces calculs se trouvaient dans la portion de la vessie herniée, et de par leur situation déclive ne pouvaient être expulsés facilement.

Cette femme n'avait jamais souffert, quand, ayant voulu porter un pessaire Bornier pour maintenir son utérus réduit, elle éprouva des douleurs, qui tenaient au contact de sa vessie, du col utérin, et de la cuvette du pessaire.

Cette femme n'avait jamais accusé de coliques néphrétiques, ni de symptômes vésicaux.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathogénie des vomissements des phtisiques. — Vomissements par hyperesthésie pharyngée

par M. A. Berthier,

Médecin-major, ancien répétiteur de l'Ecole du service de santé militaire.

Les causes des vomissements des phtisiques sont très diverses. Il en est qui sont sous la dépendance de lésions des organes abdominaux et du péritoine, de troubles encéphalo méningés. Il en est qui sont provoqués par les efforts de la toux, et dans cette catégorie plusieurs distinctions doivent être faites.

C'est le pneumogastrique enserré par des masses tuberculeuses dans la région du hile. Les malades sont tourmentés par une toux spasmodique qui entraîne des vomissements incoercibles. GUÉNEAU DE MUSSY avait même érigé en doctrine que les troubles gastriques des phtisiques étaient presque toujours imputables à la compression du pneumogastrique par l'adénopathie trachéo bronchique. En réalité, il s'agirait d'une forme d'exception. MARFAN dit qu'on a pu seulement en réunir 11 observations probantes avec autopsie à l'appui. Et sur ces 11 cas, 6 ont été étudiés histologiquement par QUÉNU qui n'a pas pu trouver une lésion quelconque dans le nerf comprimé. En effet la présence de ganglions tuberculeux au voisinage du pneumogastrique n'implique pas nécessairement qu'il y ait compression de ce nerf.

L'observation clinique oblige également à distinguer les vomissements de la période initiale de la tuberculose pulmonaire et les vomissements de la période terminale. Ces derniers sont le plus souvent des vomissements sans toux, vomissements alimentaires, bilieux, symptômes d'une dyspepsie intense qui n'ont rien de spécial à la phtisie et traduisent seulement des troubles gastriques profonds comme on peut en trouver dans d'autres maladies.

Je n'aurai en vue que le vomissement de la période initiale, de beaucoup le plus intéressant, parce qu'il est communément une des premières manifestations de la tuberculose pulmonaire et une de celles qui impressionnent le plus les malades, parce qu'il apparaît dans la période curable de la maladie, dont à lui seul il peut compromettre l'issue. L'étude analytique de ce symptôme et une observation attentive m'ont suggéré une interprétation nouvelle qui me paraît

tirer son plus grand intérêt de ce qu'elle conduit à une médication qui se montre efficace.

Le matin, au réveil, ou après le repas du soir, le malade est pris de quintes de toux plus violentes et souvent il vomit. Il arrive que la toux pénible, incessante, prend fin lorsque l'estomac s'est vidé plus ou moins complètement de son contenu. Et le vomissement se reproduira plusieurs jours de suite avec une fréquence parfois inquiétante qui deviendra une complication grave par l'atteinte portée à la nutrition.

Ces troubles avaient fixé l'attention des anciens cliniciens. Morton disait que la disposition à vomir jointe à la toux était un des signes pathognomoniques les plus certains de la toux phtisique. On admettait et c'était l'opinion de Broussais, de Louis d'Andral, que le substratum anatomique de ces vomissements était une gastrite, jusqu'à ce que Cruveilhier eût démontré que le ramollissement de la muqueuse gastrique incriminé était une altération cadavérique. Les anciens en avaient fait aussi un phénomène purement mécanique, résultant des secousses de toux. « Beaucoup de ces malades vomissent, et ces vomissements ne tiennent pas seulement à la violence des quintes, mais ils se lient plutôt à l'inflammation, à l'ulcération et le plus ordinairement au ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac. » (Grisolle. Traité de pathologie.)

Au début de la tuberculose les vomissements sont associés intimement à la toux.

Actuellement l'origine mécanique de ces vomissements n'est plus admise. Les malades atteints de bronchite chronique, d'emphysème pulmonaire, d'asthme, qui cependant ont une toux violente, ne vomissent pas. Les physiologistes nous ont appris depuis longtemps que la pression abdominale, comme celle qui est réalisée par les efforts des muscles de la toux, ne peut pas à elle seule déterminer le vomissement. Il exige pour se produire deux conditions : 1° la dilatation du cardia, phénomène actif en rapport avec la contraction des dilatateurs de cet orifice ; 2° l'action de la pression abdominale. Le vomissement est impossible tant que le cardia n'est pas dilaté, Schiff supprime l'action des dilatateurs du cardia sur des chiens qui ainsi sont mis dans l'impossibilité de vomir malgré l'injection d'émétique, malgré que cette substance nauséeuse détermine les efforts de vomissements et mette en jeu l'action de la pression abdominale. Ces raisons d'ordre clinique et expérimental ont permis d'écarter la théorie mécanique qui prétendait expliquer le vomissement des phtisiques par les efforts de la toux.

En 1887 Marfan, dans sa très remarquable thèse inaugurale sur *les troubles et lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire* nous donne une étude très complète de cette question et propose une nouvelle pathogénie.

Marfan distingue deux formes : 1° les troubles gastriques de la période du début qu'il décrit sous le nom *syndrôme gastrique initial*, dont « l'intensité est sujette à de nombreuses variations et qui en général s'atténue ou disparaît avec le progrès de la lésion pulmonaire » ; 2° la gastrite terminale qui dépend de lésions inflammatoires de la muqueuse stomacale.

La toux gastrique, la toux avec vomissements est un des chaînons du syndrôme gastrique initial de Marfan, et c'est le plus apparent.

A propos de cette systématisation du syndrôme gastrique initial, mon maître M. le professeur Grancher fait remarquer qu'il n'a jamais vu la dyspepsie initiale s'atténuer avec les progrès de la phtisie pour faire place tantôt à un état à peu près normal, tantôt à la gastrite terminale. « M. Marfan, qui divise en deux états distincts les troubles de l'appareil digestif dans le cours de la tuberculose pulmonaire, la dyspepsie initiale et la dyspepsie terminale, a voulu dire sans doute que tel symptôme, par exemple le vomissement, fréquent au début, disparaissait assez souvent au cours de la maladie pulmonaire (1). »

Si on veut tenter, dit Marfan, une pathogénie rationnelle de la toux gastrique et du vomissement qui la suit, il faut se souvenir qu'avant tout le fait initial est la présence des aliments dans l'estomac. La toux survient après l'ingestion alimentaire ; donc sans théorie aucune, d'après Marfan, sa cause est dans le contact des aliments qui excitent les fibres du pneumogastrique stomacal. C'est la toux gastrique, toux qui est émétisante. Après son repas le phtisique est pris de quintes pénibles qui souvent sont suivies de vomissements. Sur un estomac normal le simple contact des aliments ne provoque pas une excitation de ce genre. Le contact alimentaire produit ces effets anormaux d'excitation parce que l'estomac est malade. Et voici comment Marfan interprète la filiation de la toux et du vomissement. Le pneumogastrique a sur son trajet deux organes qui souffrent, le poumon et l'estomac ; il traduit la souffrance du premier par la toux et la souffrance du second par le vomissement. Quand une cause d'excitation vient à agir sur un point irritable — dans l'espèce c'est le contact des aliments avec la muqueuse gastrique — il y a mise en branle de la totalité du pneumogastrique.

(1) Grancher, Clinique médicale, in *Bulletin médical*, 1896, n° 9.

Le malade tousse parce qu'il a mangé et il vomit parce qu'il tousse. PETER, dans ses cliniques médicales, a exposé sous une forme à peu près analogue la théorie du vomissement des tuberculeux. Les recherches expérimentales d'ARNOZAN nous font comprendre pourquoi les sujets prédisposés à vomir par le fait d'une affection gastrique vomissent surtout en toussant : après une quinte de toux les mouvements inspiratoires augmentent d'amplitude et diminuent la pression thoracique, ce qui favorise le passage des aliments dans l'œsophage.

Cette ingénieuse conception ne me paraît pas applicable au moins à la majorité des cas et est susceptible de plusieurs reproches.

Le pneumogastrique stomacal qui serait excité par le contact des aliments actionnerait donc le centre bulbaire de la toux. Mais cette toux gastrique acceptée comme commune chez les phtisiques est très exceptionnelle dans les affections diverses de l'estomac, si même elle existe. Cette exclusion ne s'explique pas. S'il ne s'agit que d'une excitation par le contact des aliments, pourquoi cette toux gastrique n'apparaît-elle généralement qu'à propos du repas du soir et chez les tuberculeux du début ? Pourquoi n'est-elle pas éveillée aussi facilement par le repas du matin et pourquoi disparaît-elle lorsque la tuberculose est arrivée à la période d'état et à la période terminale, alors que l'existence de lésions gastriques est incontestable, alors que la paroi stomacale est certainement plus irritable puisqu'à ce moment les vomissements d'origine gastrique sont devenus fréquents ? Pourquoi cette sympathie invoquée entre le poumon et l'estomac ne se révèle-t-elle qu'à propos de la tuberculose pulmonaire ? Les états pathologiques où l'un et l'autre organe sont simultanément lésés, ne sont pas rares et cependant cette prétendue toux gastrique ne se manifeste que dans la tuberculose pulmonaire. Par exemple, les malades atteints d'emphysème et de bronchite chronique ont des troubles dyspeptiques très prononcés et cependant ils n'ont pas de toux gastrique.

« La toux survient après l'ingestion alimentaire ; donc sans théorie aucune, dit MARFAN, sa cause est dans le contact des aliments qui excitent les fibres du pneumogastrique stomacal. » Mais cette affirmation est une pétition de principe. Aussi bien serait-il permis d'admettre qu'il y a trouble de la digestion stomacale, dilatation de l'estomac par suite de fermentations anormales, et enfin compression du diaphragme et des poumons qui réagissent par un certain degré d'oppression et par la toux. Et ainsi on comprendrait qu'un vomissement, qui est toujours incomplet, que quelques régurgitations, que l'éructation de gaz amènent un soulagement et arrêtent la crise de toux chez certains de ces malades.

Si j'ai bien compris la théorie de MARFAN, la voie centripète du réflexe, l'excitation sensitive initiale suit le pneumogastrique stomacal ; il se produit dans les centres bulbaires du pneumogastrique une irradiation qui se réfléchit sur les nerfs moteurs de la toux et du vomissement. C'est ainsi sans doute qu'il faut concevoir « la mise en branle de la totalité du pneumogastrique », sur laquelle se base la théorie de MARFAN, car il est de principe que l'excitation d'une fibre nerveuse reste limitée à la fibre excitée et ne se transmette pas par contiguïté aux fibres voisines dans un même cordon nerveux. Dans ces conditions il semblerait que la réaction dût d'abord se manifester par le vomissement, puis par la toux, si l'action réflexe invoquée obéissait aux lois bien précises qui règlent les actes nerveux réflexes. Mais il en est tout autrement ; et la coordination du phénomène se fait dans un ordre inverse : le malade a des quintes de toux, puis survient le vomissement.

Interrogez ces malades : ils vous répondront qu'ils commencent par ressentir des picotements, un chatouillement plus ou moins impérieux dans le fond de la gorge. Et ce chatouillement aboutit à une quinte de toux, la quinte qui précède le vomissement. Il est à remarquer que cela se passe ainsi lorsque la toux a son excitation initiale sur un point de l'arbre respiratoire.

Le trait d'union entre la toux et le vomissement me paraît être dans l'état de l'arrière-gorge qui est hypéresthésiée. On a parfois grande peine à examiner le pharynx de ces malades qui vomissent en toussant. L'application de l'abaisse-langue détermine le haut-le-corps et un état nauséeux très prononcé. Sur la paroi on constate l'existence de granulations pharyngées et une injection vasculaire anormale. L'hypéresthésie est plus ou moins vive, au point de ne pas permettre l'examen de la gorge, ou se traduisant seulement par des contractions du pharynx plus énergiques que normalement, lorsqu'on touche la paroi pharyngée avec l'extrémité de l'abaisse-langue. Cette hyspéresthésie semble d'intensité variable d'un moment à l'autre de la journée ; elle est peut-être influencée par les troubles circulatoires que déterminent les quintes.

Les crachats expulsés pendant la toux excitent le réflexe nauséeux à leur passage dans la gorge hypéresthésiée. La réaction peut se limiter à la nausée, au haut-le-corps ; ou bien elle aboutit à une régurgitation, à un vomissement. La nausée est en général très courte, suivie presque immédiatement du vomissement ; elle est assez brève pour passer inaperçue.

L'horaire de la toux et de l'ingestion alimentaire règle le vomissement.

Chez les tuberculeux, la toux a des caractères très variables d'un malade à l'autre. Si elle se produit à des intervalles plus ou moins grands, cependant elle présente généralement deux maxima, le matin et le soir. En adoptant un type moyen nous pouvons dire que la toux du matin commence avec le réveil. Ou bien elle est déterminée par le froid du matin ; ou mieux, le malade en s'éveillant se déplace, fait des inspirations plus profondes qui mobilisent les sécrétions intra-pulmonaires formées pendant le sommeil, ce qui fait naître le réflexe de la toux. Cette toux quinteuse qui apparaît le matin à jeun n'est évidemment pas une toux gastrique ; c'est une toux d'origine pulmonaire. Marfan dit que cette toux matinale n'est pas vomitive. Elle est cependant communément nauséeuse chez les sujets qui ont de l'hypéresthésie pharyngée : c'est un fait d'observation journalière chez les tuberculeux du début, qui accusent des sensations de nausée pendant les quintes du matin. On constate même la toux matinale avec nausées chez des malades qui ne présentent à propos du repas du soir ni quintes, ni nausées, ni vomissements. Cette toux coexistant avec de l'hypéresthésie pharyngée devient émétisante si les quintes s'enchevêtrent dans le petit repas du matin, et le malade vomit, ou plus habituellement il a seulement des régurgitations.

La toux subit une exacerbation nouvelle le soir, à une heure variable. Les quintes du soir reconnaissent des facteurs multiples : c'est le coup de froid vespéral; c'est la réaction locale bacillaire ; c'est le travail défectueux de la digestion avec ballonnement de l'estomac qui refoule le diaphragme et comprime le poumon ; c'est plus souvent encore le décubitus dorsal, la quinte survenant dès que le malade s'est étendu dans son lit. Quoi qu'il en soit, rien n'empêche d'admettre que cette toux est engendrée par des réflexes prenant leur origine dans l'arbre respiratoire. Pas n'est besoin d'invoquer une toux gastrique. D'ailleurs, dans beaucoup de cas, l'accès de toux précède le moment du repas. Il est aussi de règle qu'elle devient plus violente après l'ingestion alimentaire, à cause sans doute de la gêne respiratoire produite par la dilatation stomacale. Cette toux du soir est souvent émétisante. Survenant pendant l'état de plénitude de l'estomac, on conçoit, s'il y a hypéresthésie pharyngée, que la toux éveille facilement le réflexe nauséeux et provoque le vomissement.

Il est possible que chez ces malades le vomissement soit favorisé par un certain degré de susceptibilité de l'estomac. Mais encore, à la période initiale de la tuberculose, est-il fréquent d'observer la toux émétisante chez des sujets qui n'ont pas le moindre trouble de la digestion stomacale, qui ont conservé un appétit vigoureux, mais qui ont de l'hypéresthésie pharyngée. C'est ainsi qu'on les voit manger de nouveau aussitôt après un vomissement, ce qui semble prouver l'intégrité de la fonction digestive. Le syndrôme gastrique initial de Marfan n'est donc pas un élément indispensable dans la genèse de la toux émétisante.

Depuis deux ans que mon attention est attirée sur ce point, j'ai eu fréquemment l'occasion de rencontrer cette forme de vomissements liés à l'hypéresthésie pharyngée et d'en faire la preuve par le traitement. *Naturam morborum curationes ostendant.* Je l'ai souvent fait constater aux élèves de l'Ecole du service de santé militaire qui suivaient mon service à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes. Elle est d'observation commune dans notre clientèle des hôpitaux militaires où nous voyons la tuberculose surtout au début de son évolution. Evidemment, cette interprétation pathogénique ne s'applique pas à tous les vomissements de la période initiale de la tuberculose ; mais elle en explique certainement la majorité. Il faut, bien entendu, ne pas oublier qu'au début de la tuberculose les troubles gastriques peuvent être assez prononcés pour s'accompagner de vomissements ayant leur origine réflexe dans l'estomac.

La filiation des phénomènes serait donc : quintes de toux ayant pour origine un réflexe pulmonaire ; expectoration éveillant le réflexe nauséeux qui a été rendu très sensible par l'hypéresthésie de l'arrière-gorge ; vomissement ou régurgitation, ou simplement nausée.

Il est un terme de cet enchaînement symptomatique sur lequel nous avons prise par le traitement : c'est l'hypéresthésie pharyngée. Supprimer l'hypéresthésie, c'est établir une solution de continuité dans cet ensemble de phénomènes réflexes, c'est de ce fait empêcher la production de la nausée, de la régurgitation, du vomissement.

La cocaïne en applications locales fait disparaître l'hypéresthésie de l'arrière-gorge. Je l'ai employée en pulvérisations à 1/100, en badigeonnages à 1/20, à 1/50, à 1/100, suivant le degré de l'hypéresthésie. Le meilleur résultat m'a été donné par les badigeonnages de l'isthme du gosier et de toute l'arrière-gorge avec la solution à 1/50, deux fois par jour avant l'heure présumée du vomissement. Ces badigeonnages qui peuvent être désagréables pour les premières applications, sont ensuite très facilement supportées. Ils sont pratiqués au moyen d'un pinceau

de charpie ou de coton hydrophile bien imbibé de la solution et qui est rapidement promené et exprimé dans la gorge. Au bout de 3 à 4 jours l'hypéresthésie a disparu. On cesse alors le traitement pour le reprendre lorsque le vomissement réapparaît. Après 3 à 4 séries de ce traitement local discontinu on aura obtenu d'une façon durable la disparition de l'hypéresthésie et du vomissement. La cocaïne fait également disparaître les picotements de l'arrière-gorge et atténue la toux. On sait, en effet, qu'il existe dans cette région et plus particulièrement dans la région aryténoïdienne des zones tussigènes qui, sous l'influence d'excitations légères, donnent naissance aux quintes de toux. Des lésions tuberculeuses se développant dans ces zones tussigènes s'accompagnent aussi de quintes de toux d'une grande violence provoquées par le contact des aliments pendant la déglutition.

Parmi les moyens thérapeutiques qui ont été dirigés contre les vomissements des phtisiques, il en est qui se proposent de diminuer l'excitabilité du pneumogastrique qui tient sous sa dépendance l'acte du vomissement. On donne du bromure de potassium à l'intérieur pour modifier l'état nerveux. On s'est adressé plus directement au pneumogastrique en l'atteignant dans ses territoires d'expansion abordables par la médication locale. Peter diminue l'irritabilité du pneumogastrique stomacal en donnant 1 à 2 gouttes de laudanum dans de l'eau avant chaque repas. On peut agir, comme nous l'avons fait, sur les filets pharyngés du pneumogastrique.

Woillez préconisait les badigeonnages de la gorge avec une solution forte de bromure de potassium, à poids égal de bromure et d'eau. Il passait rapidement le pinceau dans le pharynx avant le repas du matin et du soir et il recommandait au malade de ne pas expectorer immédiatement après. Revillout, qui a expérimenté cette méthode, l'a trouvée parfois efficace, parfois très infidèle.

Il est rapporté dans la thèse de Marfan que Lascarret et Ory ont préconisé les badigeonnages de la gorge avec une solution de cocaïne au 1/20 après le repas. Je n'ai pas pu me procurer les travaux originaux de ces médecins. Marfan dit que « cette médication, qu'on ne peut prolonger longtemps, possède à son actif un certain nombre d'insuccès. »

Tous les vomissements des phtisiques ne sont évidemment pas justiciables de cette médication locale par la cocaïne. Il faut en restreindre l'emploi aux cas où existe de l'hypéresthésie pharyngée. Cette méthode trouve son application non seulement dans la tuberculose du début, mais aussi à la période terminale de la phtisie. A ce stade il n'est pas rare de constater de l'hypéresthésie pharyngée, d'observer simultanément chez le même malade des vomissements d'origine pharyngée et des vomissements gastriques, alimentaires, bilieux, muqueux, se produisant sans toux et en rapport certain avec des lésions organiques de l'estomac. Par la cocaïnisation de l'arrière-gorge on diminuera le nombre des vomissements, on fera disparaître les vomissements d'origine pharyngée, mais on n'influencera pas les vomissements d'origine gastrique qui persisteront, vomissements qui appellent une toute autre médication.

L'efficacité de ce traitement appliqué judicieusement démontrera le bien fondé de la théorie pharyngée des vomissements liés à la toux chez les tuberculeux pulmonaires.

Les fonctions digestives de ces malades doivent être entourées de soins vigilants ; c'est en elles que réside l'espoir de la guérison. Le vomissement, qui tarit la nutrition dans sa source, est une complication grave qui mérite toute notre attention et à ce titre légitimera cette longue discussion de pathogénie.

Sur la présence de l'urobiline dans l'urine

par M. le Dr **Deroide**, professeur agrégé à la Faculté.

Des recherches récentes ayant été faites sur la présence ou l'absence de l'urobiline dans l'urine humaine normale, il m'a paru intéressant de rapporter ici le résultat de ces recherches, parce qu'il comble une lacune en séméiologie urinaire.

Vierordt a démontré depuis longtemps que l'urine humaine ne devait pas sa coloration à une seule matière colorante, et cela, en se basant sur des expériences spectrophotométriques dont la description ne saurait trouver place dans cet article.

D'autre part, certaines matières colorantes ne préexistent pas dans l'urine, mais se forment aux dépens de substances voisines, généralement incolores et dites *chromogènes*. C'est ainsi que les matières colorantes bleue et rouge (cyanurine, purpurine, etc.) qu'on a retirées de l'urine ont été reconnues être les produits de transformation de l'*indican*, élément constant de l'urine normale. Cet indican que Schunk croyait identique à l'indigo végétal a été ensuite étudié par Baumann qui a démontré que c'était, en réalité, un dérivé sulfoconjugué analogue aux phénolsulfates et provenant de l'oxydation de l'indol et de ses dérivés.

Les pigments qui colorent l'urine normale sont, d'après les auteurs, l'*urobiline*, l'*urochrome* de Tudichum, l'*indican* ou *uroxanthine* de Halter, l'*uroérythrine*

(cette matière colorante qui est entraînée avec les sédiments uratiques) et d'autres probablement.

De tous ces pigments, l'urobiline est celui qui est le plus connu, parce que son étude est plus facile. Cette étude a été reprise dernièrement, ainsi que je le disais tout à l'heure, par SAILLET (1) et les faits mis en lumière par cet auteur valent la peine, m'a-t-il semblé, d'être portés à la connaissance des praticiens.

Et d'abord, qu'entend-on par *urobiline ?* Les auteurs diffèrent d'opinions sur les caractères propres de cette substance, sur sa quantité et même sur son existence dans l'urine normale.

JAFFÉ le premier trouva dans la bile, dans l'urine normale et pathologique, un pigment auquel il donna le nom d'urobiline. Il observa en outre que certaines urines ne contenaient pas trace d'urobiline au moment de l'émission, mais qu'après un certain temps d'exposition *à l'air*, la présence dans les urines de ce pigment était des plus nettes.

Il conclut donc à l'existence, dans ces urines, d'un *chromogène* susceptible de se transformer par oxydation en urobiline.

MALY considère l'urobiline comme de l'hydrobilirubine.

A. GAUTIER distingue une urobiline normale, qu'il identifie avec l'urochrome de TUDICHUM et extrait de l'urine par le procédé qu'a donné MÉHU pour préparer l'urobiline — et une *urobiline fébrile* ayant des caractères spectroscopiques distincts. Ainsi, tandis que le spectre de l'urobiline normale ne comporte qu'une seule bande obscure, entre E et F, celui de l'urobiline fébrile présenterait en outre deux autres bandes, plus étroites, à droite et à gauche de D. Je n'ai jamais rencontré d'urine montrant ce spectre, mais ne peut-on pas supposer que, dans ces cas, il s'agit d'une urine à urobiline, contenant en plus un autre pigment qui serait venu se surajouter ?

Quoi qu'il en soit, tous les travaux qui ont été faits sur l'urobilinurie se rapportent à la présence dans l'urine du pigment qui offre, au spectroscope, une seule bande entre E et F — je cite seulement son principal caractère.

Le mot urobiline n'en est pas moins devenu un terme vague et générique, s'appliquant, selon les auteurs, à des pigments différents, dont l'existence était démontrée aussi bien dans l'urine normale que pathologique.

Aussi bien l'urobiline existe-t-elle dans l'urine normale ? YVON dit qu'on admet aujourd'hui que l'urine normale renferme des traces d'urobiline. ENGEL et KIEUER affirment qu'elle n'en contient pas. Cependant JAFFÉ avait remarqué que l'urine humaine, à l'instar de ce qui se passe pour l'indican, ne renferme que rarement de l'urobiline au moment où elle est émise, mais que cette urobiline se développe spontanément au contact de l'oxygène de l'air, plus rapidement au contact des acides minéraux : l'urine claire et pâle au sortir de la vessie se fonce peu à peu et présente alors le spectre caractéristique de l'urobiline.

(1) Revue de Médecine, 1897.

Ce qui est certain c'est que la plupart des urines ne donnant pas *directement* le spectre de l'urobiline étaient soumises à des traitements différents (JAFFÉ, MAC-MANN, MÉHU) et on obtenait une solution chloroformique, souvent concentrée, du pigment qui présentait tous les caractères de l'urobiline. Mais, au cours de ces opérations, la substance qui donne naissance à l'urobiline, le *chromogène de l'urobiline* pour l'appeler par son nom, avait dû subir l'action de réactifs capables de le transformer en urobiline.

L'observation de JAFFÉ montre en effet qu'il existe dans l'urine une substance génératrice de l'urobiline, substance que DISQUÉ paraît avoir obtenue en réduisant l'hydrobilirubine de MALEZ par le zinc et l'acide chlorhydrique.

SAILLET s'est demandé si c'était réellement l'air qui opérait cette transformation du chromogène ; voici l'expérience qu'il a faite pour s'en rendre compte.

Si, opérant à la lumière artificielle, on agite une urine, fraîchement émise ou conservée à l'obscurité et acidulée par l'acide acétique, avec de l'éther acétique, celui-ci se charge d'une partie des pigments de l'urine. Si on épuise ainsi plusieurs volumes d'urine par un même volume d'éther acétique, la soustraction des pigments devient plus complète : si on agite cet éther avec de l'eau, l'urobiline passe en solution dans l'eau et la teinte légèrement.

Supposons donc de l'éther acétique ainsi débarrassé d'urobiline par agitation avec de l'eau et divisons-le en trois portions : la 1re est abandonnée à l'obscurité, la 2e chauffée à l'ébullition dans une pièce éclairée à la lumière artificielle, la 3e est exposée quelque temps à la lumière solaire. Si nous agitons ensuite chacune de ces portions avec de l'eau, nous voyons que les premières ne cèdent rien à celle-ci qui reste incolore, tandis que la troisième, celle qui a subi l'action des rayons solaires, cède à l'eau une substance qui la colore en jaune-rouge : cette solution aqueuse présente le spectre caractéristique de l'urobiline en solution acide.

Donc, ni l'air, ni la chaleur n'ont amené la transformation du chromogène. L'agent de cette transformation, c'est la lumière solaire. Il est probable,

comme le dit SAILLET, que faute d'avoir méconnu l'intervention de ce facteur, on a souvent commis des erreurs d'interprétation dans la recherche et le dosage de l'urobiline.

C'est ainsi qu'il faut expliquer ce fait, qu'une urine recueillie à l'obscurité ne donne pas de bande d'urobiline, tandis qu'une autre, qui a été exposée quelque temps à une grande lumière, fournit un spectre caractéristique.

Ce même éther acétique qui n'a enlevé à l'urine que son chromogène, s'il est exposé à la lumière, se colore et présente aussi le spectre de l'urobiline.

Or, en opérant sur l'urine normale fraîchement émise, SAILLET n'a jamais trouvé d'urobiline, mais toujours un chromogène qui se dissout dans l'éther acétique. Bien qu'il n'ait pas réussi à isoler ce chromogène, SAILLET se croit autorisé à le considérer comme coloré et il propose de l'appeler urobilinogène, c'est-à-dire générateur d'urobiline.

Enfin, fait curieux, cet urobilinogène est transformé en urobiline *rien que par les rayons solaires*.

Il semble donc bien démontré aujourd'hui que l'urine normale ne renferme pas d'urobiline. Celle qu'on y trouve après quelque temps est une urobiline artificielle provenant de la transformation par la lumière solaire de l'urobilinogène : c'est celle-là que signala JAFFÉ qui ne se garait ni de la lumière ni de certains réactifs.

La conclusion que tire SAILLET de ses travaux est que l'*urobilinurie* ne doit pas être caractérisée par une grande quantité d'urobiline dans l'urine, mais bien seulement par la présence de ce pigment. Toute urine émise à l'obscurité, recueillie par exemple dans des flacons colorés en jaune, et qui, examinée au spectroscope à l'obscurité, présente le spectre de l'urobiline, est une urine anormale. Il va de soi que ce signe ne prend d'importance que lorsqu'il existe d'une façon permanente, comme l'ont montré les travaux de HAYEM et de TISSIER.

Voyons maintenant comment il est possible de déceler dans l'urine la présence de l'urobiline et de l'urobilinogène.

L'urine sera recueillie dans des flacons colorés ou conservée à l'obscurité. On fera subir un premier traitement à cette urine, *dans une salle éclairée à la lumière artificielle* (gaz, pétrole) : aciduler l'urine par un peu d'acide acétique et l'agiter avec un volume égal d'éther acétique, dans un tube à brôme. La liqueur éthérée sera lavée à l'eau : si celle-ci se colore, l'urine renferme de l'urobiline et la solution aqueuse présente les réactions de l'urobiline (bande entre E et F, belle fluorescence verte par addition d'ammoniaque et de chlorure de zinc).

Pour être sûr d'enlever à l'urine toute son urobiline, il faudra l'épuiser par un nouveau volume d'éther acétique qui sera réuni au premier et lavé aussi à l'eau. Ce lavage à l'eau a pour but de soustraire à l'éther acétique l'urobiline qu'il tient en solution, et doit être prolongé jusqu'à ce que l'eau ne se colore plus.

A partir de ce moment, on peut continuer la recherche de l'urobilinogène dans l'éther acétique, *à la lumière naturelle*.

Pour cela, on acidule l'éther acétique par environ 2 % d'acide nitrique : l'éther se colore par suite de la formation d'urobiline et présente à son tour le spectre caractéristique de celle-ci. L'acide nitrique a une action plus brutale et plus rapide que la lumière.

On peut du reste extraire ce pigment en agitant cette solution éthérée avec de l'eau ammoniacale qui s'empare du pigment, séparer les deux liquides et ajouter de l'acide chlorhydrique à la solution alcaline jusqu'à réaction acide : c'est avec le liquide acide qu'on fait le dosage de l'urobiline — quand il y a lieu — en le diluant jusqu'à obtention du spectre minimum. Ce qu'on dose ainsi c'est l'urobiline provenant de l'urobilinogène.

Si l'urine contient de l'urobiline au moment de son émission — ce qui en fait une urine anormale — on dose cette urobiline préformée, dans l'urine directement par un essai spectroscopique semblable, en la diluant jusqu'au spectre minimum.

Cette méthode de dosage par le spectre minimum, que je suppose connue, est la seule, à l'heure actuelle, vraiment scientifique, et l'on ne saurait s'élever avec trop de force contre les prétentions du chimiste, se disant biologiste, GAUTRELET, qui dose à la fois l'urobiline et l'uroérythrine dans l'urine au moyen d'un appareil, imaginé par lui, mais ne reposant sur aucune base sérieuse, Comme le dit VIEILLARD, dans son livre sur l'*Urine humaine* « la science qui se respecte n'admet pas de semblables compromis avec l'à peu près et la fantaisie ». M. LECOMPT, préparateur au laboratoire des cliniques de la Faculté, publiera prochainement le résultat des recherches qu'il poursuit en ce moment, en vue de sa thèse inaugurale, sur l'apparition et les variations de ce pigment préformé dans l'urine.

Intérêts Professionnels

Syndicat Médical de Lille et de la Région.

A raison des deuils qui viennent de frapper le corps médical Lillois, le banquet du Syndicat qui devait avoir lieu le samedi 15 janvier est remis à une date qui sera fixée ultérieurement.

De l'encombrement des Sociétés de secours mutuels par des membres qui, vu leur situation sociale, ne devraient pas participer aux soins médicaux.

Depuis longtemps déjà le Corps médical se plaint de l'admission dans les Sociétés de secours mutuels de membres participants dont l'état de fortune les classe plutôt parmi les membres honoraires. La presse médicale et les syndicats médicaux ont maintes fois attiré l'attention des pouvoirs publics sur cet abus si préjudiciable aux intérêts de notre profession. L'administration du département de l'intérieur ayant, de son côté, mis ce fait en évidence dans son dernier rapport annuel au ministre sur les opérations des Sociétés de secours mutuels, M. Barthou vient d'adresser une circulaire aux préfets invitant ces fonctionnaires à porter les observations suivantes à la connaissance des présidents des Sociétés de leur département :

« Les médecins des Sociétés de secours mutuels se plaignent que des sociétaires, dont l'aisance leur fait un devoir d'être membres honoraires, se font inscrire et sont acceptés en qualité de membres participants, et bénéficient ainsi, lorsqu'ils sont malades, des soins médicaux aux prix réduits accordés à la mutualité.

» Si les rangs des mutualistes sont ouverts à tous les travailleurs de situation précaire ou modeste, il n'est pas juste que des gens aisés, qui ont le moyen de payer, le cas échéant, les médecins au tarif de leur clientèle ordinaire, obtiennent gratuitement, en versant une minime cotisation, les visites médicales, les médicaments et même une indemnité pour les journées où la maladie les empêche de vaquer à leurs occupations habituelles.

» Tel n'est pas le but des Sociétés de secours mutuels ; elles ont été créées surtout pour les laborieux qui vivent de leur salaire. Les plus fortunés doivent en être les soutiens naturels en leur consacrant leurs loisirs et leurs conseils, et ils font acte de bons citoyens en leur accordant, à titre de bienfaiteurs, la cotisation exigée des membres participants. Cette catégorie de sociétaires existe dans presque toutes les sociétés. C'est généralement lorsqu'elles se fondent que la confusion se produit. Les fondateurs sont heureux de recruter le plus grand nombre d'habitants de la commune pour grossir le fonds social, et, sans s'arrêter à la différence des situations, ils les admettent indistinctement, selon leur désir, aussi bien en qualité de membres participants que parmi les membres honoraires. C'est là une erreur de calcul qu'il est nécessaire de rectifier.

» Je tiens donc à ce que les Sociétés de secours mutuels sachent bien qu'il est de leur intérêt de se renseigner sur la situation de leurs adhérents et qu'il leur appartient de ne pas attribuer à ceux qui peuvent être membres honoraires les avantages alloués aux participants. En conséquence, les fondateurs ou administrateurs devront apporter la plus grande circonspection dans la réception des nouveaux sociétaires participants et engager les anciens dont la situation de fortune dénote plus que l'aisance à entrer dans la catégorie des membres honoraires ».

VARIÉTÉS

Une façon d'empêcher les enfants de crier

A New-York aussitôt qu'un baby commence à crier, sa nourrice le prend doucement dans ses bras et lui applique sa main sur le nez et la bouche de façon à l'empêcher de respirer.

Les cris cessent immédiatement, aussitôt que l'enfant ne peut plus respirer.

Recommence-t-il à crier, nouvelle application de la même méthode d'arrêt, et cela jusqu'à ce que le bébé soit convaincu que la difficulté de respirer tient à ses propres efforts pour crier. Dès qu'il est bien convaincu, il se tient tranquille.

(Médecine moderne).

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE LILLE

CONCOURS D'AGRÉGATION

Nous continuons la liste des concurrents et des questions qu'ils ont eues à traiter.

MM. Baylac (Toulouse). — Lymphadénie.
Lesage (Paris). — Scarlatines malignes.
Deléarde (Lille). — Formes et diagnostic du tétanos.
Vires (Montpellier). — Typhus exanthématique.
Carrière (Facultés de province). — Kystes hydatiques du foie.
Patoir (Lille). — Ictère chronique par rétention.
Lyonnet (Lyon). — Accidents de l'ictère.
Roubinovitch (Paris). — Actinomycose.
Aviragnet (Paris). — Dysenterie.
Parmentier (Paris). — Convulsions de l'enfance.
de Grandmaison (Paris). — Asthme.
J. Roux (Lyon et province). — Péritonites aiguës : pathogénie, diagnostic et pronostic.
Rénon (Paris). — Choléra nostras.
Gaston (Paris). — Rhumatisme blennorrhagique.
Frenkel (Lyon et province). — Cancer de l'estomac : formes et diagnostic.

RÉCOMPENSE ACADÉMIQUE

Parmi les lauréats de l'Académie des sciences, nous remarquons avec plaisir le nom de M. le docteur Delezenne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, qui a obtenu le **prix Montyon** (physiologie) pour ses beaux travaux sur *la coagulation du sang*.

Ancien élève de la Faculté de Lille, M. Delezenne a laissé ici de nombreux amis qui se réjouiront de ce brillant succès, pour lequel nous lui adressons nos cordiales félicitations.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

ÉLECTION

M. E. Perrier a été élu associé libre de l'Académie, au

troisième tour de scrutin, par 51 voix contre 29 accordées à M. P. Richer, 1 à M. Galippe, et 2 bulletins blancs.

Société de chirurgie

Le bureau de la Société de chirurgie est ainsi composé pour l'année 1898 : Président : M. Berger ; vice-président : M. Pozzi ; secrétaire-général : M. Reclus ; secrétaires annuels : MM. P. Reynier et Routier ; trésorier : M. Walther ; archiviste : M. Brun.

Élection

— M. le docteur Pozzi, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, a été élu, le 9 janvier, sénateur de la Dordogne, en remplacement de M. le docteur Gadaud, décédé.

Nécrologie

Nous avons le très vif regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de deux de nos confrères Lillois.

M. le docteur Prédhomme, qui dirigeait, à Lille, l'agence de la Société française de désinfection, a succombé, après quelques mois de maladie, aux atteintes d'une affection qui pardonne rarement. Il laissera dans le corps médical Lillois le souvenir d'un médecin consciencieux, d'un confrère aimable et dévoué. MM. les docteurs Richard-Lesay et Turgard, entourés de nombreux confrères et amis, ont prononcé sur la tombe du docteur Prédhomme des allocutions dans lesquelles ils ont rendu un juste hommage aux qualités de notre regretté confrère. Nous ne pouvons que nous associer à cet hommage et nous prions la famille de M. le docteur Prédhomme, d'agréer l'expression de nos vives sympathies.

— M. le docteur Vallin a succombé, le 12 janvier, aux suites d'une infection septique. Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à la Faculté libre, le défunt était un chirurgien distingué et avait rapidement acquis, à Lille, une brillante situation. Il meurt jeune, à peine âgé de 43 ans, laissant après lui de nombreux enfants et une veuve à qui les sympathies ne feront pas défaut et auxquels nous adressons nos bien sincères condoléances pour le terrible malheur qui les frappe.

— On annonce la mort de M. Hart, directeur du *British Medical Journal*. Nous adressons à nos confrères du grand Journal médical anglais, nos sincères condoléances.

— On annonce la mort de MM. les docteurs : Gaston Lemercier, médecin des hôpitaux du Hâvre ; Filippo-Lussana, professeur à la Faculté de Padoue ; Karl von Rzehaczek, professeur à la Faculté de Gratz ; P. Moultanovsky, privat-docent à l'Académie militaire de Saint-Pétersbourg ; Montgomery Albert Ward, ancien lecteur d'anatomie et de physiologie à Ledwich School of medicine de Dublin ; Robert-Charles Kirkpatrick, lecteur de chirurgie à Mac Gill University de Montréal.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

1re semaine du 2 au 8 janvier 1898

Age des personnes décédées a Lille	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	4
3 mois à un an	5	3
1 an à 2 ans	2	2
2 à 5 ans	3	3
5 à 10 ans	2	3
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	7	2
40 à 60 ans	12	10
60 à 80 ans	13	15
80 ans et au-dessus	2	2
Total	54	45

Causes principales de décès

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	Total des décès	Naissances par quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	1	»	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	7	14	7
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	1	»	»	2	1	»	»	»	»	3	10	22
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	1	»	»	2	»	»	»	1	»	12	20	33
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	6	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	5	»	»	»	1	5	»	»	»	1	»	8	22	12
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	8
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	5	»	»	»	1	»	7	15	25
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5
Total	»	»	»	1	1	»	»	7	17	2	6	»	1	17	1	»	»	3	»	43	99	138

Deuxième Année, N° 4. Le Numéro : 10 centimes. 23 Janvier 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats). Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

AVIS

Ceux de nos lecteurs qui ne nous ont pas encore adressé le montant de leur réabonnement sont priés de vouloir bien nous l'envoyer en un mandat-poste. Ce mode de paiement est à la fois le plus simple et le moins coûteux pour eux et pour nous, et le talon du mandat peut leur tenir lieu de quittance. Les recouvrements par la poste sont augmentés de 0,50 centimes.

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : De l'ophtalmie métastatique, par le professeur **F. de Lapersonne.** — Dystrophie onguéale hystérique, par MM. les médecins **Moty** et **Fromont.** — FAITS CLINIQUES : Pied-bot équin valgus creux paralytique; Arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne. par le docteur **L. Dubar.** — Variétés. — Nouvelles. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. DIEULAFOY fait à l'**Académie de médecine** une importante communication dont voici la substance : Un de ses malades perdit subitement quatre à cinq litres de sang par vomissements en moins de 30 heures. On croyait à un ulcère ; l'autopsie montra une exulcération étalée et très superficielle. Un autre sujet de 22 ans, pris subitement aussi d'hématémèses extrêmement graves, fut transporté dans le service de chirurgie et opéré par M. CAZIN. L'estomac ouvert, pas d'ulcère, mais une tache ulcérée grande comme une pièce de dix sous. On enfonce cette région dans une sorte de pli, étreint par les anses des fils : guérison. D'autres observations analogues portent à sept le chiffre de ces ulcérations.

Nous savons donc actuellement, qu'outre l'ulcère de CRUVEILHIER, il existe à l'estomac des pertes de substances très superficielles, phase initiale de l'ulcus, et capables d'entraîner de terribles conséquences. Le plus souvent, pas de symptômes, tout est latent jusqu'au jour de l'hématémèse foudroyante.

Tout malade qui vomit d'un seul coup un demi-litre ou un litre de sang, surtout si ses hématémèses récidivent dans les 24 heures, succombera s'il n'est pas opéré à temps et il n'y a pas une minute à perdre. Si le chirurgien ne trouve pas d'ulcère, il découvrira, s'il s'en donne la peine, une exulcération simple et il doit faire alors la suture du territoire saignant.

M. HAYEM déclare qu'en général, le repos de l'estomac suffit à la guérison ; en cas d'hémorrhagies graves et avant d'ouvrir l'organe, il faut faire la transfusion du sang et des injections de sérum artificiel.

MM. FOURNIER et CORNIL rappellent le rôle que peut jouer la syphilis dans la production de l'ulcère gastrique et l'action souveraine de l'iodure dans les hémorragies qui en dépendent.

*** M. WINTERNITZ traite l'obésité sans modifier le régime des malades. Pour cela, il faut activer la combustion des graisses, en suractivant la fonction des muscles. Mais il importe de diminuer d'abord la température du corps, afin que l'hyperthermie n'amène pas à son tour la combustion des albuminoïdes. Les pratiques hydriatiques combinées à la sudation bien comprise permettent d'obtenir ces résultats ; c'est la seule vraie méthode physiologique d'amaigrissement.

A la **Société Médicale des Hôpitaux,** M. MARINESCO étudie l'origine bulbaire du facial supérieur. Il y a lieu d'admettre dans le noyau du nerf de la septième paire trois régions : 1° une région inférieure, masse compacte de cellules ayant le type de celles des cornes antérieures ; 2° une région moyenne composée de trois noyaux secondaires, externe, moyen et interne C'est principalement le groupe moyen qui réagit après la section du facial supérieur ; 3° une région supérieure où ces trois noyaux sont remplacés par un noyau unique.

⁂ M. HAYEM revient sur la communication de CAUSSADE et RÉNON. Ces auteurs admettent, dans le cas qu'ils ont présenté, que le retrait de l'estomac est dû au passage direct des aliments dans le duodénum ; c'est inexact, la rétraction est causée par les vomissements incoercibles que présentait la malade.

⁂ MM. ACHARD et CASTAIGNE ont vu que la perméabilité demeure normale dans le rein cardiaque. Le contraire existe dans les néphrites chroniques Dans ce dernier cas, il y a polyurie avec imperméabilité ; dans le rein cardiaque, oligurie et perméabilité. La quantité et la qualité de la sécrétion rénale ne doivent donc jamais être confondues. La quantité dépend des conditions circulatoires, la qualité de la perméabilité.

⁂ MM. BARBIER et TOLLEMER confirment par six nouvelles autopsies de diphthériques leurs recherches du mois de novembre. Ils ont trouvé deux fois le bacille dans les ganglions, une fois dans le sang, une fois dans la rate, deux fois des formes bacillaires rares et mal colorées dans le bulbe et la protubérance. Ils insistent sur l'action nocive prédisposante réciproque de la diphthérie et des infections septiques.

A la **Société de chirurgie**, M. CHAPUT présente le résultat de cinq interventions pour ulcères de l'estomac. Dans le premier cas, c'est un homme de 49 ans atteint d'ulcère ; plus tard, on croit avoir affaire à un cancer et on pratique une gastro-entérostomie postérieure sans entéro-anastomose. Le malade meurt de circulus vitiosus, constaté à l'autopsie. Le second cas concerne une malade de 34 ans : même opération avec succès. Le troisième est relatif à un malade de 32 ans, qui souffre depuis 14 ans d'un ulcère peut-être en dégénérescence cancéreuse, avec périgastrite en voie de suppuration ; gastro-entérostomie antérieure, suivie d'entéro-anastomose ; bons résultats. Un autre malade de 35 ans a aussi été traité de la même façon ; on avait cru à un ulcère, il s'agissait d'un cancer qui amena bientôt la mort. Le dernier opéré, âgé de 51 ans, présentait tous les signes d'une sténose pylorique ; M CHAPUT trouve au pylore une petite tumeur dure et mobile, il fait la pylorectomie, le malade guérit. M. TOUPET a examiné la pièce et conclu à un début de carcinome. Depuis deux ans, le malade a repris son métier et digère tout ce qu'il veut.

Le diagnostic du cancer est souvent difficile à poser avec précision et l'examen du suc gastrique est de nul appoint. Il faut donc, d'après CHAPUT, opérer de plus en plus, même des cancéreux en apparence avérés ; il faut aussi opérer dans tous les cas de sténose pylorique et dans les dyspepsies qui ne permettent pas la vie active. Au point de vue opératoire, l'entéro-anastomose complémentaire doit être pratiquée systématiquement après toute gastro-entérostomie

⁂ SCHWARTZ montre un malade auquel il a extirpé une tumeur bénigne, datant de 17 ans, de la parotide accessoire. Il a fallu sectionner le canal de STÉNON qui a été réimplanté sur la paroi interne de la joue. La guérison est parfaite.

⁂ M DE BOVIS a soigné un homme de 48 ans, atteint de fracture du tiers inférieur du fémur, dont la réduction ne s'était pas produite au bout de 10 jours après traction continue de 4 kilos Il fit une opération sanglante qui montra l'existence, entre les deux fragments, d'une interposition périostéo-aponévrotique ; celle-ci fut détruite et les fragments coaptés sans suture. Guérison.

MM. BERGER et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE insistent sur la réserve à apporter dans ce genre d'interventions. Si l'on ouvrait, dès les premiers jours, toutes les fractures du fémur, on trouverait souvent des interpositions qui disparaissent d'elles mêmes.

M. HENNEQUIN n'intervient qu'après 3 ou 4 mois. Ici la traction a été totalement insuffisante. D'ailleurs, l'absence de crépitation n'est nullement pathognomonique d'une interposition musculaire ou autre entre les fragments ; il en était ainsi dans le cas de DE BOVIS, il aurait pu en être tout autrement.

A la **Société de Biologie,** M. LAPICQUE annonce qu'il vient d'établir empiriquement la loi qui régit les variations du poids de l'encéphale en fonction du poids du corps. Le poids de l'encéphale varie proportionnellement à la puissance x du poids du corps. La quantité x a deux valeurs différentes. Quand il s'agit d'animaux de genres voisins, mais d'espèces différentes, comme le chat et le tigre, x égale 0,549. Quand il s'agit d'animaux de même espèce, comme les chiens de taille diverse, x égale 0 25.

⁂ M. WOGT montre que la myélinisation de l'hémisphère cérébral chez le chat se fait comme chez l'homme et que, contrairement à ce qu'a avancé FLECHSI, les centres d'association ne sont pas l'apanage des primates.

⁂ M. LEMOINE (de Lille), a observé cinq cas d'épilepsie larvée dans lesquels l'accès était simplement caractérisé par des troubles gastriques, avec ou sans perte de connaissance. TROUSSEAU a publié un cas de ce genre, mais leur étude n'a pas été complétée.

⁂ MM. GILBERT et GARNIER ont autopsié un homme atteint d'une symphyse péricardo-périhépatique. Ceci amenait durant la vie une prolongation de la systole qui. unie à la production d'un bruit présystolique surajouté, avait donné naissance à un rythme de rappel paradoxal, où le doublement portait sur le premier bruit. La symphyse péricardo périhépatique se complique fréquemment d'une cirrhose périhépatogène.

⁂ MM. SICARD et MERCIER étudient le passage du bleu de méthylène à travers le placenta. Il faut environ 1 heure 1/2 pour le retrouver dans les urines du nouveau-né.

⁂ M. BARDIER étudie l'action de la botuline sur le cœur. Le rythme est modifié, le myocarde se ralentit de plus en plus. Ces désordres éclatent presque aussitôt après l'ingestion.

⁂ M. LIVON croit que les capsules surrénales, la glande pituitaire, la rate, la thyroïde et le rein déversent continuellement dans la circulation des substances augmentant la tension sanguine.

A la **Société de Dermatologie,** MM. BALZER et MICHAUX rapportent l'histoire d'une hystérique atteinte de gangrènes cutanées multiples, peut-être produites artificiellement dans un but de simulation.

⁂ M. FOURNIER présente un hérédo-syphilitique chez qui on trouve de l'asymétrie faciale, des exostoses, la triade de HUTCHINSON, du retard de la marche et du langage, enfin de l'hystérie non douteuse.

Dans l'espace de trois ans, M. CATHELINEAU a rencontré dans le service de FOURNIER 18 malades, chez lesquels l'application d'une teinture pour cheveux à base de chlorhydrate de paraphénylènediamine avait produit des accidents éruptifs divers. Ce produit donne en effet naissance au contact de l'air à de la quinone qui émet des vapeurs irritantes.

A la **Société anatomique,** MM. TUFFIER et DUJARIER montrent l'estomac cancéreux d'une femme chez qui il se fit de la périgastrite gangréneuse avec perforation gastrique.

M. BACALOGLU apporte l'observation d'une fille de 22 ans, ayant présenté les attributs de l'infantilisme. On trouva à l'autopsie une aplasie artérielle généralisée et une atrophie rénale considérable.

M. MASBRENIER présente le cerveau d'une malade morte de méningite tuberculeuse, avec aphasie transitoire. Il existe une plaque de méningite au niveau de l'insula gauche.

A la **Société de thérapeutique,** M. DUCASTEL dit qu'il est inutile de tenir au lit les malades atteints d'orchite aiguë blennorragique. Le traitement de choix consiste dans le stypage avec le siphon de chlorure de méthyle et l'immobilisation de la région malade à l'aide d'un appareil ouaté. M. DESNOS emploie avec succès cette méthode, excepté pour les formes graves.

⁂ M. COURTADE n'applique pas, comme GALLOIS, le terme d'adénoïdien à tous les sujets atteints d'affection de la cavité nasopharyngée ; il le réserve à ceux chez qui il existe de vraies végétations adénoïdes. Il s'en faut de beaucoup que tous les adénoïdiens soient des scrofuleux et présentent la chaîne ganglionnaire caractéristique.

Pour M. LEGENDRE, on doit considérer la maladie de MEYER et la diathèse lymphatico-scrofuleuse comme deux processus différents.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'ophtalmie métastatique

par le Professeur F. de Lapersonne

L'infection interne, ou endogène de l'œil est celle qui se produit au cours d'un très grand nombre de maladies infectieuses de l'organisme. Son étude est une des questions qui domine la pathologie oculaire : son importance ne peut que grandir encore grâce aux connaissances nouvelles que nous apportent chaque jour les découvertes de la bactériologie et l'étude des toxines.

Le terme d'infection endogène s'oppose naturellement à celui d'infection exogène, ou infection directe de l'œil par des agents septiques venus du dehors et pénétrant dans l'œil par une solution de continuité, plaie chirurgicale ou accidentelle. Les progrès de l'antisepsie ont considérablement réduit le nombre et la gravité de ces infections exogènes, nous sommes malheureusement beaucoup moins bien armés contre les premières.

L'énumération des manifestations oculaires de ces infections endogènes comprendrait une foule d'affec-

tions ; qu'il me suffise de dire que la syphilis et la tuberculose oculaire tout entières rentreraient dans ce cadre. Nous n'aurons en vue qu'un seul côté de cette importante question, et nous étudierons ce qu'on a désigné sous les noms d'ophtalmie métastatique, de chorio-rétinite et d'irido-choroïdites infectieuses.

Un exemple tiré de la clinique fera comprendre la succession des phénomènes qui se produisent dans ces cas.

Il s'est présenté dernièrement, à l'hôpital St-Sauveur, un homme d'une cinquantaine d'années, dont le Dr Hacot, d'Armentières, a bien voulu nous envoyer l'histoire médicale. Il y a trois mois cet homme a été atteint de pleurésie purulente interlobaire du côté droit. Il y eut, dans l'espace de deux semaines, plusieurs vomiques et, à un moment donné, il s'est même formé une voussure, au niveau de la région pectorale. l'abcès ne s'est cependant pas ouvert à l'extérieur, il n'y a pas eu de fistule et de nouvelles vomiques se sont produites. Tous ces phénomènes étaient accompagnés d'une fièvre intense, d'un mauvais état général. Quelques douleurs articulaires vagues ont été signalées au genou et au cou-de-pied. Au moment où l'état de la plèvre semblait s'améliorer, notre malade a été pris d'accidents graves du côté de l'œil gauche : injection périkératique intense avec chémosis, aspect louche de la pupille, trouble considérable de la vision, douleurs de tête violentes. Au 3e jour, une ligne d'hypopyon s'est montrée. Pendant quelque temps les douleurs ont été très vives et les accidents fort menaçants ; cependant ils se sont amendés petit à petit et lorsque nous avons vu le malade, trois semaines après le début des accidents oculaires, nous avons pu constater que la conjonctive était encore très injectée, mais sans chémosis : l'iris était verdâtre, la pupille dilatée avec de nombreux dépôts pigmentaires sur la cristalloïde. Le corps vitré offrait un aspect jaunâtre, légèrement chatoyant, le fond de l'œil était absolument inéclairable. L'œil était très mou, douloureux à la pression, la vision absolument nulle.

A ces signes se reconnaît facilement une irido-choroïdite, avec altération profonde du corps vitré, s'accompagnant probablement de décollement de la rétine par exsudat sous-rétinien. L'œil est définitivement perdu et le processus aboutira à l'atrophie du globe.

La relation étroite entre la pleurésie purulente et les accidents oculaires ne peut ici faire de doute pour personne. Mais il n'est pas toujours aussi facile de saisir ces relations et c'est pour cela que nous désirons étudier : 1° quelles sont les manifestations oculaires les plus fréquentes et quelles lésions anatomiques elles entraînent ; 2° quelles sont les infections de l'organisme qui prédisposent plus particulièrement à ce retentissement du côté de l'œil ; 3° quel est le mécanisme de propagation qui peut être invoqué.

1° C'est la choroïde qui, à notre avis, est primitivement atteinte le plus souvent et avec elle le corps ciliaire et l'iris qui ont une origine embryogénique commune et que l'on confond sous le nom de tractus uvéal. La richesse de vascularisation de cette membrane, les espaces lymphatiques qui sont contenus dans le stroma conjonctif favorisent singulièrement les localisations infectieuses. A tel point qu'aujourd'hui on peut dire qu'il n'y a guère d'infection qui ne puisse avoir à un moment donné un retentissement sur l'ensemble du tractus uvéal ou sur l'une de ses parties.

L'infection se manifeste sous la forme de choroïdite suppurée, qui envahit la totalité du globe avec une extrême rapidité et constitue le phlegmon de l'œil ou panophtalmie. A l'inverse de ce qui se produit pour le phlegmon consécutif au traumatisme, la réaction douloureuse n'est pas toujours très vive et l'on peut constater la présence d'une assez grande quantité de pus dans l'humeur aqueuse ou le corps vitré avant que le malade ait accusé des douleurs. C'est exactement ce qui se passe pour les arthrites suppurées au cours des pyohémies. Dans les cas relativement favorables, l'œil définitivement perdu finira par s'atrophier sans vives douleurs : ou bien des lésions cornéennes, ulcères de Sœmisch, abcès de la cornée, produiront la perforation du globe : enfin la panophtalmie pourra se terminer par le phlegmon de l'orbite et toutes ses conséquences.

Les recherches anatomiques récentes de Herrnheiser (1), d'Ahlstrom (2) et d'autres auteurs semblent cependant avoir démontré que la rétine peut être primitivement atteinte. Selon Herrnheiser la rétino-choroïdite métastatique est consécutive à une invasion microbienne et détruit le globe dans un temps relativement court. Elle doit être bien distinguée de la rétinite septique de Roth, qui s'accompagne d'hémorrhagies rétiniennes par altération des parois vasculaires, qui est susceptible de guérison sans altérations profondes de l'œil et qui ne serait pas d'origine microbienne. De son côté, Ahlstrom a montré, dans un cas, que la rétine était dégénérée dans la plus grande étendue, envahie par une infiltration purulente géné-

(1) Herrnheiser. Klin. Monatsb. f. p. Augenheilk. XXX, déc. 1895.
(2) Ahlstrom. Clinique ophtalm., mars 1897.

ralisée, tandis que la choroïde n'offrait des foyers d'infiltration purulente que de place en place et était généralement bien conservée : l'iris était seulement hypérémié. Le pneumocoque qui, dans ce cas, avait été agent de suppuration, se retrouvait dans le vitré et dans la rétine, mais pas dans la choroïde.

Sans nier le point de départ rétinien, on devra reconnaître que l'ensemble des symptômes, dans la grande majorité des cas, aussi bien que la terminaison de la maladie, prouvent surabondamment que le tractus uvéal prend une part prépondérante dans la maladie.

Une preuve nous en est fournie par certains processus infectieux qui, débutant par une irido-choroïdite plastique ou une iritis séreuse, se transforment, pour ainsi dire, en une irido-choroïdite purulente ayant tout à fait les caractères de l'ophtalmie métastatique. On voit alors apparaître du pus dans la chambre antérieure, au cours d'une irido-choroïdite plastique des mieux caractérisée, sans lésions de la cornée. Cet hypopyon envahit la presque totalité de la chambre antérieure et l'affection évolue rapidement vers la panophtalmie, ou bien le pus se résorbe en très peu de temps, pour reparaître à nouveau. On aurait donc tort, en clinique, de s'en tenir au type classique et de pronostiquer l'évolution de la maladie d'après les symptômes primitivement observés.

J'en ai eu un exemple très instructif, il y a quelque temps. Il s'agissait d'un malade, que j'ai vu en consultation avec le Dr Dubar (d'Armentières) ; c'était un homme de 50 ans, profondément arthritique et goutteux, qui s'est présenté avec une irido-choroïdite séreuse d'apparence très bénigne, à peine un peu d'injection périkératique, pas de douleurs, mais un trouble considérable du corps vitré et, sur la face postérieure de la cornée, un trouble poussiéreux très net. Pendant quinze jours environ, l'affection marche assez normalement sans réaction violente, à ce point que malgré nos conseils le malade continue à s'occuper de ses affaires, lorsque tout d'un coup les douleurs de tête très violentes apparaissent, un léger chémosis se produit et nous voyons en deux ou trois jours se former un large hypopyon, bientôt suivi d'un abcès interstitiel dans les lames de la cornée, sans destruction de l'épithélium antérieur. Cet état a nécessité une intervention active et l'affection a continué à évoluer vers l'iridocyclite douloureuse. Dans ce cas l'examen clinique nous a permis de faire remonter la cause première des accidents à un catarrhe vésical, avec hématuries, probablement symptomatique de lithiase rénale.

Sans doute ces différences cliniques dépendront quelquefois de l'état antérieur de l'œil, ainsi que du terrain sur lequel agit l'infection, des diathèses dont le sujet est atteint. Mais il ne nous paraît pas douteux que l'infection puisse imposer une modalité clinique spéciale : telle infection ayant un plus facile retentissement sur la rétine et telle autre sur le tractus uvéal. Le connaissance de ces faits nous permettra peut-être un jour de différencier cliniquement le genre d'infection d'après ses effets sur l'œil.

2° Parmi les infections endogènes qui produisent l'ophtalmie métastatique, la pyohémie d'origine puerpérale, médicale ou chirurgicale, fournit le type le plus net et le plus anciennement connu. Signalée longtemps avant la période bactériologique par Michel (1) et Muller (2), l'ophtalmie métastatique puerpérale a donné lieu à des travaux intéressants de Hisberg (3), qui a constaté le premier des micro-organismes dans le pus de la panophtalmie, de Hirschberg (4), de Kahler (5), de Pouson (6) qui s'est inspiré des travaux de Doléris sur la fièvre puerpérale, et plus récemment d'Axenfeld (7). Cet auteur a fait une étude complète de l'ophtalmie métastatique puerpérale et il est arrivé à cette conclusion, appuyée sur une statistique imposante, que si un seul œil est pris, l'organe est perdu mais le malade peut vivre, que si les deux yeux sont pris la mort survient fatalement.

Même en dehors de l'état puerpéral, toutes les suppurations pelviennes, pyosalpynx, métrites, vaginites sont fréquemment accompagnées de manifestations oculaires. Cohn et d'autres auteurs ont décrit une uvéite métritique, qui, sans avoir la gravité de l'ophtalmie puerpérale, mérite de rentrer dans le cadre des irido-choroïdites infectieuses.

Il n'est pas toujours aussi facile de déterminer le point de départ de l'infection et il faut quelquefois interroger tous les organes pour trouver le foyer de suppuration qui a donné lieu à la manifestation oculaire. Dans son remarquable rapport à la Société d'ophtalmologie, le professeur Panas (8) cite le cas d'une irido-choroïdite infectieuse dont la cause était dans un volumineux anthrax du dos, passé tout d'abord inaperçu. Dans un fait de Quénu, il y avait suppuration de l'oreille moyenne du côté opposé ; dans quelques

(1) Michel. *Ann. f. Charité Krank.* 1854, vol. V.
(2) Muller. *Gesamm. Schrift.* 1854, p. 339.
(3) Hisberg. *Centralb. f. med. Wochensch.* 1872, p. 361.
(4) Hirschberg. *Arch. f. Augenheilk.* 1879.
(5) Kahler. *Zeitsch. f. Heilk.* 1880, t. I.
(6) Pouson. *Arch. d'ophtalmologie,* t. I. 1880.
(7) Axenfeld. *Græfe's Arch. f. Opht.* t. 40, f. 1-3. 1894.
(8) Panas. Des auto-infections oculaires. *Bulletin de la Société française d'ophtalmologie,* 1897.

observations il s'agit d'abcès rétro-amygdaliens. Nous avons vu tout à l'heure ces irido-choroïdites se produire à la suite d'une pleurésie purulente et d'une cystite chronique.

A côté de ces infections pyohémiques on trouve à l'origine des irido-choroïdites, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique. MITWALSKY (1) aurait constaté le microbe du typhus (?) dans le pus du corps vitré. Dans ce groupe de pyrexies une place spéciale doit être attribuée à la grippe infectieuse ; au cours des grandes épidémies d'influenza, on a souvent constaté des ophtalmies métastatiques affectant une allure toute particulière.

L'idée de la blennorrhagie considérée comme maladie générale, permet d'expliquer ces irido-choroïdites qui précèdent ou accompagnent diverses localisations infectieuses, en particulier ce que l'on appelle encore le rhumatisme blennorrhagique.

On sait que des irido-choroïdites très graves peuvent se produire dans les grandes dyscrasies, le diabète, l'albuminurie, la goutte par exemple. Ces maladies agissent-elles par elles-mêmes ou bien favorisent-elles toutes les infections en apportant un trouble considérable dans la nutrition générale ? C'est là une des questions sur lesquelles on ne peut émettre que des hypothèses. Cependant l'idée d'une toxhémie, ayant un retentissement sur le tractus uvéal ou la rétine paraît de plus en plus admissible. Elle permettrait de ranger dans la même catégorie ces auto-infections, ou plutôt ces auto intoxications d'origine intestinale qui se traduisent quelquefois par les irido-choroïdites plastiques ou séreuses, par des rétinites hémorrhagiques.

3° Connaissant le point de départ et le point d'arrivée de l'infection, est-il possible de connaître le mode de transmission ? La théorie humorale de la métastase, telle que la comprenaient les anciens, c'est-à-dire le transport à distance de matières morbides, emportant en quelque sorte avec elles la maladie elle-même, ne saurait être acceptée. Mais si l'idée d'un déplacement de la maladie est inacceptable, il suffit de parler, au lieu de l'humeur morbifique des anciens, du transport des produits infectieux ou septiques pour que tout le monde soit d'accord et c'est dans ce sens qu'il faut entendre le terme d'ophtalmie métastatique que nous employons couramment.

Est-ce par le mécanisme de l'embolie septique de VIRCHOW que le caillot détaché de la phlébite puerpérale vient s'arrêter dans les vaisseaux de la rétine ou de la choroïde ? Les théories parasitaires n'ont pas fait complètement abandonner cette opinion.

(1) MITWALSKI. Ibornik Lek... III.

LEBER et LITTEN ont montré l'origine infectieuse de certaines hémorrhagies par rupture des vaisseaux en arrière des caillots. En tous cas, l'embolie septique ne saurait expliquer qu'un nombre assez restreint de faits.

La richesse de vascularisation des membranes de l'œil, en particulier de la choroïde, fait davantage songer à une migration parasitaire, à des colonies microbiennes qui, charriées par la circulation sanguine ou lymphatique, s'arrêtent et pullulent dans un milieu favorable à leur développement. Les divers agents pyogènes ou phlogogènes ont été à maintes reprises trouvés dans les milieux et les membranes d'yeux atteints d'ophtalmie métastatique. On a constaté la présence du streptocoque, du staphylocoque (HEIBERG, WAGENMANN), du pneumocoque (AHLSTROM) et même du microbe du typhus exanthématique (MITWALSKY). L'absence même d'éléments microbiens au moment de l'examen n'est pas toujours suffisante pour affirmer que la localisation choroïdienne ne s'est pas faite sous l'influence d'une colonisation microbienne. On sait, en effet, qu'au bout d'un certain temps les microbes peuvent être détruits ou ne sont plus colorés dans le pus et dans les membranes de l'œil.

Quelques auteurs pensent cependant qu'il existe bien des infections oculaires sans microbes et que les toxines suffisent à produire toutes ces lésions destructives. De ce nombre sont HERRNHEISER, DOLGANOW (1) et LAGRANGE (2), qui a présenté un fait très intéressant à la Société d'Ophtalmologie. Ainsi que je l'ai dit plus haut, je ne suis pas éloigné d'admettre cette hypothèse pour certaines variétés d'infection de l'œil. Je suis même convaincu qu'on pourra un jour établir des catégories allant de l'ophtalmie métastatique rapidement destructive jusqu'à la simple irido-choroïdite, la gravité des lésions dépendant en grande partie de la virulence des toxines.

Connaissant l'importance de l'ophtalmie métastatique, nous devons avant tout essayer de la prévenir en traitant les infections de l'organisme qui peuvent la produire. La sérothérapie, les lavages du sang, dans certaines infections pyohémiques permettent quelquefois d'éviter l'infection oculaire. Celle-ci une fois produite, la rapidité des lésions destructives intéressant d'emblée la choroïde et la rétine, ne permet pas d'espérer un résultat bien efficace du traitement au point de vue de la conservation fonctionnelle de

(1) DOLGANOW. Contributions à l'étude des altérations de la rétine dans les maladies infectieuses. *Wratch*. 1895.

(2) LAGRANGE. Contribution à l'étude des Ophtalmies métastatiques non microbiennes. *Bull. de la Soc. F. d'Ophtalmologie*, XIX. 1896. p. 370.

l'organe. Tout au plus pourra-t-on éviter de cruelles souffrances aux malades et des propagations dangereuses du côté de l'orbite.

Les injections sous-conjonctivales de caféine ou de cyanure, dont on a peut-être exagéré l'importance en l'appliquant à une foule d'affections, n'auraient en particulier, dans ces cas, aucune chance de réussir.

Dystrophie onguéale hystérique

Par MM. **Moty**, médecin principal de l'armée
et **Fromont**, médecin major de 2e classe,

F..., de la classe 1895, se présente à la visite pour une affection des ongles remontant à 4 ans. Au dire de cet homme, les ongles des deux mains tombent de temps à autre depuis cette époque et repoussent pour tomber de nouveau à peine repoussés.

L'examen actuel donne les résultats suivants : (25 décembre 1895). Sur dix ongles des mains, neuf sont atteints à divers degrés, d'une altération qui va d'une simple érosion jusqu'à leur chute finale. On peut diviser les ongles pris en trois catégories.

A. Ongles peu atteints. — (Pouce, index, auriculaire droits.)

Ongles de coloration normale, assez finement striés en long, assez fortement bombés, d'épaisseur normale, à lunule normale mais un peu pâle. La seule lésion apparente consiste en un liseré noirâtre, dur, épais d'un millimètre, situé à l'extrémité distale de l'ongle ; on dirait que cet ongle est « fortement en deuil ». Si avec la pointe d'une épingle, on essaie d'enlever ce liseré, on constate qu'il est constitué non par des détritus organiques, mais par une substance extrêmement dure, blanc grisâtre, qui se laisse difficilement entamer.

Le liseré ne dépasse pas la partie libre de l'ongle. Aucune modification des parties entourant l'ongle.

B. Ongles moyennement atteints. — (Médius, annulaire et index de la main gauche. Médius de la main droite).

Le liseré noir a progressé et gagné, soit vers le milieu de l'ongle, soit sur l'un des côtés. Il est plus épais, 1mm 1/2 à 3mm. L'ongle est soulevé, un peu mobile, mais tenant encore fortement. La coloration de l'ongle détaché est verdâtre sombre, avec de petites taches gris sale, ou couleur de sang extravasé. Sur le médius droit la coloration est identique à celle qu'on observe sur un ongle atteint de « contusion forte ».

A l'index gauche, la lésion semble avoir débuté par les deux extrémités de l'ongle à la fois. Il y a absence d'éléments cornés au niveau de la lunule. Le tissu unguéal fait également défaut à l'extrémité libre. Les parties latérales sont indemnes.

C. Ongles fortement atteints. — La couche noirâtre a envahi tout le lit ; l'ongle soulevé sur toute son étendue, ne tient plus qu'au niveau de la lunule et le moindre effort suffit à le détacher. Cet ongle est sur toute son étendue d'un vert sombre, il est fortement bombé, un peu épaissi, mais dur et résistant. Au-dessous de l'ongle enlevé, on voit une couche noirâtre qui recouvre un ongle nouveau en voie de développement. Le malade accuse des douleurs pendant toute la période de chute : ces douleurs, qu'il compare à des piqûres d'aiguille, sont assez vives pour le réveiller la nuit ; elle cessent aussitôt que l'ongle est complètement mobilisé.

Examen général. — L'aspect général du malade est celui d'un homme robuste, bien constitué, et même assez fortement musclé, de taille moyenne et bien proportionné. La tête est petite, bien conformée, sans asymétrie crânienne ou faciale. Maxillaire inférieur normal, sans prognasthisme. Oreilles petites, bien formées, non adhérentes, à lobule détaché, tubercule de Darvin bien marqué à droite. Au niveau du bregma on sent une forte crête mousse transversale. Dentition mauvaise, sans crénelures, ogive palatine à peine accusée. Pas d'hypertrophie des amygdales. Appareils circulatoire et respiratoire intacts. Intelligence peu vive, a pourtant obtenu le certificat d'études.

A. *Antécédents héréditaires.* — Père, mère, parents sans tares morbides. Au dire de l'homme, un oncle serait atteint de la même affection.

B. *Antécédents morbides personnels.* — Rougeole dans l'enfance.

Entre quinze et dix-sept ans, trois abcès pharyngiens qui furent incisés. F... fait remonter le commencement de la maladie actuelle à ces abcès. Jamais de panaris.

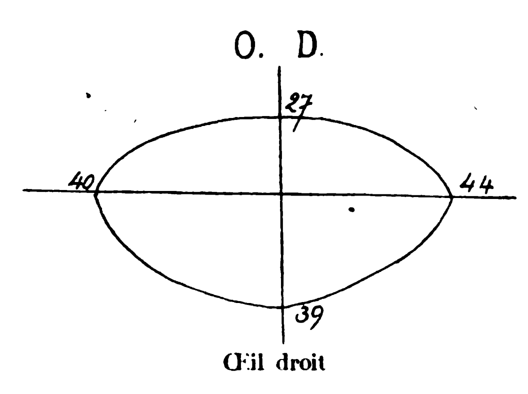
Sensibilité générale. — Sensibilité normale dans toute la région thoracique et abdominale antérieure, très diminuée sur les parois latérales. Sensibilité diminuée à la nuque ; normale dans la région scapulaire, légère hypéresthésie à la face antérieure et surtout postérieure de la cuisse. La distribution de la sensibilité est identique aux deux membres supérieurs ; aux bras : anesthésie des régions externe, postérieure ; diminution de la sensibilité dans la région postérieure. Cette distribution varie d'ailleurs dans une certaine limite avec les jours où l'homme a été examiné. Dermographie assez nette. A la main, où la sensibilité diminue le plus nettement, tous les

points piqués s'entourent d'une auréole rougeâtre qui persiste une ou deux heures.

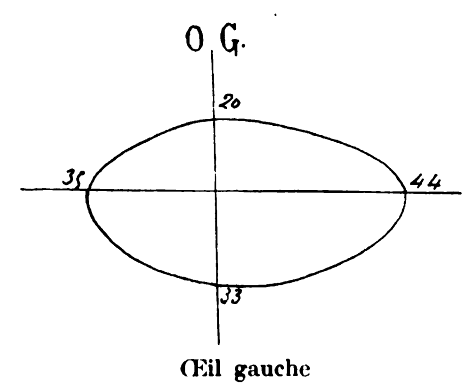
Pas de réflexe crémastérien. Pas de réflexe pharyngé. Pas d'hypéresthésie épineuse. Pas de clou. Réflexe rotulien normal. Pas de trépidation plantaire. Pas d'ascension du testicule. Léger varicocèle gauche. Boutons d'acné. Petits nœvi colorés brunâtres disséminés sur la face, le tronc et le dos.

Sensibilité spéciale. — Vue normale. Réflexe cornéen aboli. Sensibilité à la chaleur et au froid normale.

CHAMP VISUEL



Œil droit



Œil gauche

Ouïe : normale. Odorat : normal. Sens génésique : paraît peu développé.

Système pileux. — Normalement développé : chevelure abondante, pas de poils apparents sur la poitrine et l'abdomen, ni dans le dos. Pas de teigne, favus, trichophytie.

Etat des mains. — Mains courtes, bien musclées et remplissant normalement leurs fonctions (au moins quand il n'a pas d'ongles mobiles), légèrement moites surtout à la paume ; leur coloration est rougeâtre. Force normale au dynamomètre : 43 à droite, 39 à gauche.

Main droite : face dorsale : Sensibilité diminuée dans la zone du cubital, exquise dans la région innervée par le radial. Sensibilité très obtuse sur toute la face dorsale des doigts, sauf pour le pouce.

Face palmaire : Sensibilité diminuée dans la zone du cubital, normale dans la zone du médian.

A gauche : même distribution.

Etat des pieds. — Un peu plats mais normaux d'ailleurs, sans hyperhydrose. Les ongles des orteils présentent au contraire les altérations suivantes : ils n'ont que le tiers de leurs dimensions normales et sont tous plus ou moins irréguliers. Les plus atteints sont ceux des gros orteils ; ils n'atteignent pas le bord libre de leur lit dont ils sont séparés par un intervalle de cinq millimètres recouvert de déchets épithéliaux ; le reste de l'ongle est légèrement bombé mais reste adhérent à la lunule et aux bords latéraux de la matrice.

Tel était l'état du malade au moment où M. le médecin aide-major Fromont vint nous le présenter pour avoir notre avis. L'examen du magma sub-onguéal pratiqué par M. le professeur Surmont étant resté négatif au point de vue parasitaire, l'extension de la lésion sur quatre extrémités et son apparition simultanée sur tous les points atteints, l'aspect des parties malades sans amas jaunes et sans aucune altération cutanée au voisinage des ongles, enfin l'absence de traces de favus sur la tête du malade écartaient l'idée d'une onychomycose : dans ces conditions la pathogénie de l'affection devait être naturellement recherchée dans une diathèse latente.

Les yeux et les dents étant de conformation normale, la syphilis était peu probable, j'émis donc immédiatement l'avis que le malade était un nerveux et qu'il fallait l'examiner avant tout à ce point de vue. Les résultats de cet examen sont consignés plus haut et sont venus confirmer le diagnostic de dystrophie névropathique qui m'avait a priori semblé le plus vraisemblable.

D'autre part, l'examen microscopique de l'ongle a montré sur des coupes longitudinales antéro-postérieures que la structure histologique de cet organe est absolument normale ; on distingue très nettement les fibres triplement entrecroisées et légèrement arquées qui constituent la trame élégante de l'ongle sain. Seulement par places et sans l'interposition d'aucun élément apparent, cette trame est interrompue soit par des fentes perpendiculaires à la surface de l'ongle, soit par des lacunes en séries disposées en couches obliques parallèlement aux fibres d'origine sous-onguéale, soit enfin par des fentes ayant les traînées de lacunes pour origine et suivant pendant quelque temps la direction de ces traînées.

On trouve enfin à la partie profonde de l'ongle une couche colorée en rouge par le picro-carmin et qui paraît être un exsudat inflammatoire formé dans

la dernière phase de l'existence de cet organe ; ce dernier est épaissi dans son ensemble, sa face profonde est moins irrégulière que sa face superficielle.

Nous convînmes, M. Fromont et moi, d'observer le malade pendant quelque temps avant de publier son observation. Il fut revu les 31 janvier, 1er avril et 1er mai 1896, sans avoir suivi aucun traitement.

L'état des ongles fut noté chaque fois et la marche de la maladie peut se résumer comme il suit :

Perte des ongles du petit doigt droit et du médius gauche en janvier.

Perte des ongles du pouce et du petit doigt gauches en février-mars.

En avril-mai. Les ongles de la main gauche repoussent irrégulièrement ; statu quo ou croissance très faible à la main droite moins éprouvée ; les ongles du médius et de l'auriculaire de ce côté sont sur le point de tomber.

On peut en un mot appliquer à cette forme de dystrophie onguéale la caractérisque « irrégularité absolue, généralisation à tous les ongles. »

Notre malade fut réformé en mai ; il eut été intéressant de lui faire suivre un traitement par la suggestion, malheureusement la chose ne fut pas possible et cette circonstance m'avait poussé à ajourner indéfiniment la publication de l'observation.

L'observation de notre collègue Charmeil nous a engagé à sortir de la réserve. La lésion à laquelle nous avons eu affaire nous-mêmes a été nommée « onychogrypose » et très bien décrite par Follin. Tout le monde est d'accord pour reconnaître sa nature purement trophique et je me range jusqu'ici à cette manière de voir.

Je m'en écarte au contraire si l'on veut attribuer les phénomènes à un processus névritique et cela pour les deux raisons suivantes : 1° Les névrites traumatiques les plus sérieuses avec ulcères et doigts vernissés font rarement tomber les ongles et la lésion se borne à une irrégularité de surface plus ou moins accusée, limitée au membre atteint et qui passe inaperçue dans les cas légers. 2° Ici, au contraire, la lésion onguéale est grave et l'on ne trouve aucune atrophie musculaire ni aucun signe de névrite, mais seulement quelques troubles purement fonctionnels du côté de la sensibilité et de la circulation cutanée et cela quatre ans au moins après le début des accidents.

Si l'on fait entrer en ligne de compte l'irrégularité de la lésion il nous semble donc impossible de conserver le moindre doute sur sa nature purement hystérique. J'ajouterai que cette forme d'onychogrypose n'est pas très rare au moment de la puberté, ce qui plaide encore en faveur de sa nature spéciale et enfin que c'est avec raison que Follin en a fait une forme distincte de l'hypertrophie onguéale des vieillards.

En résumé, dans toute distrophie onguéale généralisée sans mycose, ni syphilis, ni affection cutanée, il faut songer d'abord à l'hystérie, ce qui ne veut pas dire que cette névrose si capricieuse ne puisse localiser son action à un seul membre et à un seul ongle ou l'étendre au contraire à une portion des téguments voisine d'un ongle dystrophique ; le diagnostic de ces hyperkératoses onguéales irrégulières relevant d'une cause générale trophique offrira donc toujours une certaine difficulté et devra souvent se faire par exclusion après une observation de plusieurs mois.

Quant aux complications inflammatoires qui surviennent aux époques qui précèdent la chute de l'ongle, elles semblent attribuables à l'intervention de germes infectieux arrivant au contact de la couche de Malpighi par les fissures signalées dans la continuité de l'ongle ou par le décollement de ses bords.

La maladie présente trois formes assez distinctes suivant l'âge des sujets, sa marche assez rapide chez l'enfant, lente chez l'adulte, devient tout à fait chronique chez le vieillard qui peut conserver pendant plusieurs années des ongles d'une épaisseur énorme sans complications inflammatoires.

En dehors du traitement symptomatique et de la méthode de la suggestion, nous ne voyons rien à tenter contre cette affection qui, d'ailleurs, étant donnée sa nature, peut disparaître inopinément sans cause apparente, ou persister indéfiniment malgré toutes les tentatives faites pour obtenir sa guérison.

FAITS CLINIQUES

Pied-bot équin valgus creux paralytique.— Arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne.

Par le docteur **L. Dubar**, professeur de clinique chirurgicale.

Marie L..., 17 ans, entre dans mon service de la Charité, en février 1893, se plaignant de ne pouvoir se servir de son pied gauche et de ne plus pouvoir gagner sa vie, en exerçant sa profession de tisserande.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires au point de vue de l'affection qu'elle présente. Retenons seulement qu'elle a eu dix frères et sœurs, dont quatre sont morts en bas-âge; les six autres restants sont bien portants, sans aucune infirmité.

Ses parents lui ont dit qu'elle avait commencé à marcher à 8 mois et que ses deux membres inférieurs se mouvaient avec la même facilité et la même force à cet âge. Vers l'âge de 15 mois, elle eut des convulsions, fut très souffrante pendant un mois, et

quand on voulut la remettre sur ses pieds au sortir de cette maladie, elle ne put plus se tenir debout. Elle resta ainsi jusqu'à 4 ans 1/2. Dès cette époque, la marche redevint possible, mais avec une boiterie très accusée. Elle a remarqué que depuis deux ans son pied gauche se déjette de plus en plus en dehors, rendant la station debout et la marche de plus en plus pénibles et difficiles.

Placée debout en face de nous, la malade a une attitude caractéristique : Le pied droit appuie normalement sur le sol et ne présente aucune déformation. Le pied gauche n'appuie sur le sol que par le côté interne de la pointe, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, qui est le siège d'un durillon très manifeste. La pointe du pied est fortement déjetée en dehors et le talon est élevé de quatre travers de doigt au-dessus du sol. De plus, la plante du pied est fortement creusée.

Le pied gauche, dans cette attitude, paraît très atrophié, ainsi que la jambe correspondante.

Le malade exécute quelques pas devant nous, en se soutenant avec une canne; elle boite très fortement. Pour porter la jambe gauche en avant, les muscles antérieurs de la cuisse se contractent, la jambe est soulevée, le genou se fléchit, la pointe du pied est traînée sur le sol en dehors de l'axe de la jambe. Pour porter le pied droit en avant, le talon gauche touche terre; mais à ce moment la jambe forme un angle ouvert en dehors avec la cuisse, comme si le genou allait se luxer en dedans. Les ligaments latéraux internes du genou sont très tiraillés, ce qui donne à la malade une vive douleur.

Nous la faisons coucher et procédons à quelques mensurations.

Le pied dévié est d'un quart plus court que le pied droit.

Les deux jambes ont sensiblement la même longueur mesurée au niveau des tibias : 34 centimètres 1/4.

La circonférence du pied, prise immédiatement en avant de la conjonction avec la jambe, est :

A gauche, de 23 centimètres;

A droite, de 25 centimètres.

La circonférence du mollet, dans sa partie la plus saillante, est :

A gauche, de 37 centimètres;

A droite, de 38 centimètres 1/2.

La circonférence de la cuisse à quatre travers de doigt au-dessus de la rotule est :

A gauche, de 23 centimètres;

A droite, de 25 centimètres.

La rotule participe à l'atrophie générale; elle est beaucoup plus petite à gauche qu'à droite.

La réaction électrique est nulle au niveau des muscles antérieurs de la jambe gauche. Elle est visible en dehors et en arrière, bien que beaucoup moins énergique qu'à droite.

Les mouvements communiqués au pied sont faciles en tous sens; mais dès que le pied est abandonné à lui-même, il se dévie aussitôt en dehors.

Nous portons comme diagnostic : Pied-bot équin valgus creux paralytique.

Des séances d'électricité journalières, continuées pendant plusieurs semaines, ne donnent aucun résultat.

Cependant, la jeune fille réclame instamment une intervention, qui lui permette de se tenir debout et de marcher un peu sans douleurs.

Il est manifeste que la section sous-cutanée du tendon d'Achille ne remédierait pas à la gêne de la marche et que, pour faire quelque chose d'utile, il y a lieu de rechercher l'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne à angle droit sur la jambe. Celle-ci s'opposerait à la déviation du pied en dehors et à l'élévation du talon.

Nous proposons donc à la malade une arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne, qui est acceptée et exécutée le 4 mars 1893.

Nous pénétrons dans l'articulation par une incision passant au-dessous de la malléole externe et allant en arrière jusqu'au tendon d'Achille, qui est sectionné. Le pied est luxé en dehors et les surfaces articulaires de l'astragale et de la mortaise péronéo-tibiale sont suffisamment exposées pour pouvoir être attaquées sans trop de difficultés. Tous les cartilages et la synoviale de l'articulation tibio-tarsienne sont enlevés avec le plus grand soin. Mais quand nous remettons en place les surfaces osseuses dépouillées de leurs cartilages, nous constatons qu'il existe entre la face externe de l'astragale et la face articulaire du péroné un vide qui sera comblé difficilement par de l'os de nouvelle formation et qui nuira beaucoup à la solidité de la future ankylose que nous recherchons. Un morceau d'os décalcifié est taillé de façon à combler complètement ce vide et mis en place. De plus, une longue cheville d'ivoire est enfoncée au milieu de la malléole externe traversant l'os décalcifié et pénétrant dans l'astragale; cela fait, nous procédons aux sutures extérieures au crin de Florence et le membre est enfermé, après avoir été recouvert de gaze iodoformée, dans un appareil plâtré.

Au bout d'un mois, l'appareil est levé. La plaie est cicatrisée par première intention; les crins de Florence sont enlevés.

Deux nouveaux appareils plâtrés sont placés à un mois de distance.

Trois mois après l'opération, le dernier appareil est enlevé. L'articulation tibio-tarsienne paraît solide, le pied à angle droit sur la jambe. Quinze jours plus tard, la malade commence à se lever. Quatre mois après l'opération, elle marche avec des béquilles. Au bout de cinq mois, la marche se fait avec une canne et enfin sans canne. Elle quitte le service.

Elle nous revient deux mois après, nous déclarant qu'elle se tient facilement debout, mais qu'elle ne peut marcher longtemps à cause d'une douleur au niveau de la malléole externe. L'ankylose est très solide. Le pied appuie largement sur le sol par toute l'étendue de la plante. Nous constatons à la pression un point douloureux limité à l'implantation de la cheville d'ivoire, dont on sent la tête à travers les téguments.

Cette tête fait une saillie de 2 ou 3 millimètres, et à son niveau la peau est rouge et luisante.

Nous faisons une incision sur la malléole externe,

et avec le ciseau et le maillet, nous faisons sauter à ras de la malléole externe ce qui dépasse de la cheville d'ivoire, puis nous refermons la plaie avec quelques points de suture. La guérison de la petite plaie se fait sans difficulté, et quand elle est cicatrisée toute douleur a disparu à la pression.

Quand la malade quitte le service, elle peut se tenir debout et marcher sans douleur.

VARIÉTÉS

La population de la France en 1896

Le *Journal Officiel* a publié le rapport adressé au ministre du commerce par M. Moron, directeur de l'Office du Travail, sur le mouvement de la population en 1896.

Les résultats de cette année diffèrent absolument de ceux des années précédentes. Ils sont meilleurs, notamment, que ceux de 1895, où les décès excédaient les naissances de 17,813 unités. En 1896, il y a excédent de naissances sur les décès de 93,700 unités.

L'année 1896 est la meilleure de la dernière période décennale et il faudrait remonter jusqu'à 1883 pour trouver un semblable excédent de naissances.

Le nombre des mariages a été de 290,000, chiffre qui se rapproche sensiblement de celui de l'année 1892.

Les divorces, de plus en plus nombreux, ont été de 7,051, en augmentation de 308 sur le résultat de 1895.

Si l'on passe à l'examen des départements, on constate que tous, sans exception, ont pris part à l'amélioration que l'année 1896 présente sur 1895. Tous ne présentent pas des augmentations de naissances : trois seulement font exception ; ce sont la Corse, qui en compte 78, le Loiret 94, et la Haute-Savoie 24 en moins qu'en 1895. Et encore ces départements présentent une amélioration sur l'année 1895.

La Corse a compté 552 décès de moins que l'année précédente, le Loiret 1,124, et la Haute-Savoie 463. Ces mêmes départements présentent aussi des excédents de naissances sur les décès : la Corse 1,999, le Loiret 793 et la Haute-Savoie 652. Le Var compte, il est vrai, 28 décès de plus qu'en 1895 ; mais en revanche, il offre 269 naissances en plus.

Ce sont les départements industriels qui comptent le plus de naissances naturelles relativement à leur population.

Quant aux mariages, le progrès ne s'est pas exercé d'une manière aussi générale que dans les naissances. On compte en effet vingt-trois départements dans lesquels le nombre des mariages a été inférieur à celui de l'année 1895. Ceux qui se distinguent dans cette diminution sont, par ordre d'importance : la Vienne (205), la Haute-Garonne (124), Vaucluse (112), la Haute-Loire (109), le Pas-de-Calais (96), etc. Dans tous les autres, le nombre des mariages a été supérieur aux chiffres antérieurs.

En ce qui concerne plus spécialement le département de la Seine, il représente 393 mariages de plus pour 1896, 1,462 naissances en plus, soit près de 2 0/0, et 5,057 décès en moins, soit 6,8 0/0 en moins.

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE LILLE

ADMISSIONS

Liste des candidats admissibles à l'agrégation de médecine.

Paris. — MM. AVIRAGNET; BARBIER; DUPRÉ; DE GRANDMAISON; MÉRY; PÉRON; RENAULT; TEISSIER; THIROLOIX; VAQUEZ.

Lille. — MM. CABANNES; CARRIÈRE; DELÉARDE; FRAENKEL; PAPILLON; PATOIR; ROUX.

Montpellier. — MM. CARRIÈRE; FRAENKEL; RAYMOND; ROUX; VIRES.

Bordeaux. — MM. CABANNES; CARRIÈRE; FRAENKEL; HOBBS; LAMACQ; ROUX.

Toulouse. — MM. BAYLAC; CABANNES; CARRIÈRE; DAUNIC; FRAENKEL; ROUX.

Lyon. — MM. COURMONT; LYONNET; NICOLAS; PAVIOT; PIC.

THÈSE RÉCOMPENSÉE

Nous apprenons, avec plaisir, que la Faculté de médecine de Paris a décerné à M. le docteur INGELRANS, une médaille de bronze pour sa thèse inaugurale.

M le docteur INGELRANS est ancien élève de notre Faculté. Il est aussi un de nos collaborateurs dévoués. A ce double titre, nous sommes heureux de lui adresser nos bien sincères félicitations.

LE NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES MÉDICALES

Par décret en date du 16 janvier 1898, le régime d'études médicales institué par le décret du 31 juillet 1893, sera seul en vigueur à dater du 1er octobre 1903.

Des dispositions spéciales, qui seront ultérieurement arrêtées, détermineront la situation, au point de vue des épreuves qui leur resteraient à subir à la date précitée, des étudiants ayant accompli leur scolarité d'après le régime institué par le décret du 20 juin 1878.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS

Sont nommés *Chargés de Cours :*

MM. DUBOIS, Physique (Certific. du P. C. N.).
DUROSELLE, Zoologie (id.)
MOYNIER DE VILLEPOIX, Botanique (Certific. du P. C. N.)
PANCIER, Chimie (Certific. du P. C. N.).

Sont nommés *Chefs des Travaux pratiques :*

MM. DUROSELLE, Zoologie (Certific. du P. C. N.).
LEFÈVRE, Physique (id.)
MALPART, Chimie (id.)
MOYNIER DE VILLEPOIX, Botanique (Certific. du P. C. N.)

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

École de médecine de Clermont. — M. GROS est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

École de médecine de Dijon. — M. DEROYE, professeur de clinique médicale, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école.

École de médecine de Reims. — M. CORDIER, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, est chargé, en outre, d'un cours de chimie biologique.

M. THOMAS est délégué dans les fonctions de chef des travaux chimiques, en remplacement de M. CORDIER.

Distinctions honorifiques

M. le docteur MARCELLIN (de Sausses) est nommé officier du Mérite agricole.

— MM. les docteurs THOMAS (de Billom); CHARRIN (de Saint Chamond) et DOLÉRIS sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

NÉCROLOGIE

MM. les docteurs MESNET, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur; MASSIANI, de Novella (Corse); DUPREZ, de Francvillier (Somme); BOUDET DE LA BERNADIE, d'Uzerche (Corrèze); BERTRAND, de Saint-Servan (Ille-et-Vilaine); JOUANIN, de Moulins-Engilbert (Nièvre); TERMONIA (de Seraing); WEBER, ancien médecin-major de 1re classe.

BIBLIOGRAPHIE

Tableaux synoptiques de Pathologie externe, par le Dr VILLEROY, 1 vol. gr. in-8° de 208 pages, chez J.-B. Baillière et fils.

Ce livre manquait dans notre littérature médicale; il vient remplir une lacune signalée depuis longtemps pour le praticien qui n'a pas le loisir de consacrer de longues heures à la recherche du renseignement qu'il désire et pour l'étudiant qui est obligé de revoir rapidement les matières sur lesquelles doit porter son examen.

Les *Tableaux synoptiques de Pathologie externe*, avec leurs caractères noirs qui se détachent en saillie, avec leurs accolades multiples qui établissent une hiérarchie dans les divisions et les subdivisions du sujet, se présentent à la vue et à l'esprit avec une netteté et une précision dont l'utilité n'échappera à personne, et qui faciliteront singulièrement la mémoire.

On peut dire que M. le Dr VILLEROY a rendu un véritable service à tous ceux qui veulent embrasser d'un coup d'œil les différents aspects sous lesquels peut être étudiée telle ou telle maladie chirurgicale.

Il est vraiment extraordinaire que l'auteur ait pu faire tenir autant de matière dans un nombre aussi limité de pages et pour un prix aussi modique, et cela sans nuire à la clarté lumineuse de l'exposition.

Les *Tableaux synoptiques de Pathologie externe* trouveront auprès des praticiens et des étudiants le même succès que les *Tableaux synoptiques de Pathologie interne*, parus il y a un mois.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

2e SEMAINE DU 9 AU 15 JANVIER 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	2
3 mois à un an	6	7
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	2	2
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	3	5
40 à 60 ans	15	5
60 à 80 ans	9	10
80 ans et au-dessus	2	2
Total	51	39

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	5	7	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	1	»	»	»	2	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	9	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	3	»	»	3	»	»	»	»	»	2	11	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	2	»	»	3	»	»	»	»	»	7	15	31
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	5	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	2	2	»	»	»	6	»	»	»	»	»	7	18	9
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	3	2
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	5
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	3	»	»	»	»	1	»	»	»	3	10	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	1	»	»	»	4	8	2
Total	»	1	»	1	1	»	»	1	12	6	11	»	»	18	»	2	»	»	»	37	90	115

Deuxième Année, N° 5. Le Numéro : **10** centimes. 30 Janvier 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

AVIS

Ceux de nos lecteurs qui ne nous ont pas encore adressé le montant de leur réabonnement sont priés de vouloir bien nous l'envoyer en un mandat-poste. Ce mode de paiement est à la fois le plus simple et le moins coûteux pour eux et pour nous, et le talon du mandat peut leur tenir lieu de quittance. A partir du 6 février les recouvrements seront faits par la poste, augmentés de 0,50 centimes pour frais.

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Nécessité de faire l'antisepsie de l'intestin dans les maladies par auto-intoxication, par le docteur **Descheemacker.** — Erratum. — Variétés. — Nouvelles. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. LEDANTEC étudie, à l'**Académie des sciences,** la question de la sexualité. Il suppose que la divergence sexuelle de deux plastides d'une même espèce dépend de leur dissymétrie moléculaire. Les substances plastiques seraient d'un type dissymétrique droit et gauche : la prépondérance de l'un ou de l'autre type déterminerait, dans la suite, le sexe du plastide. Cette élection sexuelle serait dirigée par l'apport des substances droites ou gauches par l'ovule et le spermatozoïde, et la fécondation serait mâle ou femelle, suivant que le spermatozoïde serait plus frais que l'ovule ou réciproquement.

⁂ M. NEPVEU décrit trois formes du bacille du béribéri. Le grand bacille est le plus développé dans le rein. Le bacille moyen vit en quantité considérable dans certains vaisseaux du rein, à tel point qu'il y forme une véritable purée. Les petits bacilles sont dans le sang. Les deux premiers sont fort analogues aux bacilles du choléra des poules et de la septicémie du lapin.

⁂ MM. DASTRE et FLORESCO reviennent sur la fonction martiale du foie. Le fer hépatique résulte d'une intervention vitale et est destiné à exercer une action physiologique, qui n'est pas, comme on l'enseigne, l'hématolyse. Le rôle du fer serait de favoriser les combustions organiques. Le foie est un des organes où celles-ci sont le plus intenses et on sait d'autre part que le fer est un agent oxydant pour les matières organiques. La fonction martiale du foie serait une fonction d'oxydation.

A l'**Académie de médecine,** M. DUPLAY fait connaître la manœuvre qui a permis à M. CAZIN de trouver l'exulcération dont M. DIEULAFOY a parlé à la dernière séance. Elle consiste à retourner l'estomac comme un doigt de gant. On a fait en outre une injection d'un litre et demi de sérum durant l'opération.

⁂ M. FOLET s'élève contre l'opinion courante qui fait de la plicature utérine dans les flexions un facteur négligeable. Il redresse l'axe utérin en pratiquant sur la face de la matrice qui présente l'angle saillant l'excision d'un coin de la paroi, sans entamer la muqueuse, et le rapprochement par des sutures de l'incision elliptique transversale. Il exécute cette cunéo-hystérectomie par le vagin, en luxant temporairement l'utérus à travers l'incision du cul-de-sac.

⁂ M. ROBIN voudrait réhabiliter la saignée, les

vomitifs et le vésicatoire. Dans la pneumonie, l'urémie, les cardiopathies, la saignée augmente les échanges azotés, accroît l'oxydation des produits de désintégration et relève les actes chimiques dans le système nerveux. Elle accroît de plus les échanges respiratoires dans des proportions considérables. C'est un moyen d'oxydation générale qu'on ne doit pas négliger dans l'asystolie, l'œdème pulmonaire, les cas où la nutrition est en déchéance et les toxémies. Les vomitifs réalisent le curage des bronches et sont des agents d'oxydation excellents dans les infections bronchiques, meilleurs que n'importe quel antiseptique. Quant au vésicatoire, il a un effet mécanique qui augmente beaucoup les échanges respiratoires, parfois au point de les doubler. M. ROBIN demeure un fervent du vésicatoire envers et contre tous. M. HUCHARD en redoute surtout l'abus M. LABORDE rappelle que le vésicatoire peut produire des épanchements et des néphrites. M. TRASBOT déclare que la saignée et l'émétique sont d'excellents moyens thérapeutiques en médecine vétérinaire. La discussion reste ouverte.

A la **Société de Biologie**, M. BOUCHARD dit que la radioscopie lui a montré une dilatation de l'oreillette droite pendant l'inspiration, fait que M. CHAUVEAU a démontré jadis.

*** M. LABORDE fait entendre les sourds avec le microphonographe de DUSSAULT. Ils arrivent à percevoir des sensations auditives dont ils n'ont aucune idée Des sujets encore jeunes peuvent peu à peu entendre les sons ordinaires et en conséquence apprendre à parler.

*** M. MEUNIER décrit une leucocytose coquelucheuse intense et constante. Elle apparait tôt et peut fixer le diagnostic. Il s'agit peut-être d'une réaction ganglionnaire spécifique.

*** M. BERGONIÉ propose la ponction aspiratrice capillaire du ventricule droit pour combattre les accidents asphyxiques de l'introduction de l'air dans les veines.

*** MM. CAGIGAL et LEPIERRE prétendent avoir découvert le bacille de la maladie du sommeil. Ils l'ont trouvé constamment dans le sang d'un malade et à l'autopsie dans le péritoine. Inoculé, il entraîne la mort des animaux après avoir amené les troubles habituels de l'affection.

*** M. MARAGLIANO obtient une tuberculine aqueuse par ébullition des bacilles dans l'eau. Elle est douée de la même action biologique et toxique que la tuberculine glycérique de KOCH.

*** M. WEISS montre un lapin offrant des altérations de son train postérieur. Son père avait subi l'ablation de l'étrier. On ne peut s'empêcher d'établir un rapport entre les troubles de la station de l'un et les altérations labyrinthiques de l'autre. MM. CHARRIN et GLEY ont difficilement réussi à modifier les descendants en modifiant l'ascendant mâle seul.

*** M. LABBÉ a étudié le sang des nourrissons soumis aux injections de sérum artificiel. Lorsqu'elles sont prolongées au-delà de 20 jours, l'oxyhémoglobine diminue, ce qui tient à la dilution du sang, incomplètement compensée par l'osmose avec la lymphe.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, MM. RICHARDIÈRE, TOLLEMER et ULLMANN rapportent que, dans quatre cas, ils ont trouvé le bacille de LÖFFLER dans le sang et les centres bulbo-protubérantiels de sujets morts de diphtérie.

*** MM. BARBIER et ULLMANN présentent un travail basé sur l'examen de 224 observations de diphtérie. Il existe bien réellement chez l'homme une diphtérie grave par elle-même et sans associations microbiennes; elle est relativement peu fréquente. Sa marche, sous l'influence du sérum, est caractéristique, guérissant en deux ou trois jours et dans tous les cas. Le seul danger immédiat de cette forme est la bronchite membraneuse, qui peut ultérieurement d'ailleurs favoriser l'infection septique.

*** M. BALLET, examinant la moelle d'un malade affecté depuis sept ans de paralysie agitante, a rencontré une fragilité particulière du protoplasma des cellules des cornes antérieures et aussi, quoiqu'à un moindre degré, des cornes postérieures. Cette fragilité s'est révélée par les innombrables ruptures de prolongements, rencontrées à la région cervicale, comme à la région lombaire. M. BALLET se demande si elles ont une relation autre qu'une relation de coïncidence avec le syndrome de PARKINSON. Toutefois, en dehors des myélites aiguës, il n'a rencontré qu'un fait analogue que dans la moëlle d'une malade qui présentait un aspect parkinsonien. GOWERS a récemment écrit qu'il faudrait chercher dans une lésion des prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses l'explication de la raideur et de l'exagération du tonus musculaire dans la paralysie agitante.

*** MM. LEPAGE et BEZANÇON ont observé une méningite suppurée mortelle dûe au tétragène. L'affection a une allure froide, apyrétique et a évolué en trois mois, simulant ainsi une lésion syphilitique. Le tétragène rentre donc dans la catégorie des microbes pathogènes

capables de déterminer des suppurations analogues à celles du bacilles d'EBERTH et du bacille de KOCH.

*** MM. ACHARD et WEIL ont découvert le diabète chez un malade à l'occasion de l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Le sucre urinaire était peu abondant, mais persistant, la perméabilité rénale normale. Au bout de six semaines, hémorragie cérébrale, albuminurie, diminution de la glycosurie, retard dans l'élimination du bleu. A l'autopsie, lésions dégénératives des reins. L'imperméabilité rénale a été ici la cause de l'accumulation du sucre dans le sang. Il existe certainement des cas d'hyperglycémie forte avec glycosurie faible par imperméabilité rénale.

A la **Société de chirurgie**, M. LATOUCHE a envoyé la relation de deux cas d'intoxication par l'acide picrique employé pour panser les brûlures de deux enfants. Il a appliqué à chacun d'eux 200 gr. d'une pommade à 1/10 : vomissements, coliques, diarrhée, urines noires, coloration jaune des téguments. M. BERGER a abandonné ce pansement comme douloureux. M. BRUN a observé un cas de mort chez un enfant de 18 mois ; il n'emploie plus l'acide picrique. M. TUFFIER est convaincu que n'importe quel antiseptique est aussi bon et même meilleur. M FELIZET s'associe à ces conclusions. En revanche, MM. MICHAUX et REYNIER ont vu de très bons effets obtenus par cet agent. M. CHAMPIONNIÈRE n'a pas recours à ce pansement, M. POTHERAT cite des enfants empoisonnés, MM. HARTMANN et RECLUS disent que l'acide picrique est douloureux. Quant à M. WALTHER, il tire la morale de tous ces avis en concluant que les enfants paraissent particulièrement sensibles à cet antiseptique et que les adultes présentent, à son égard, une tolérance variable qui en fera déterminer les applications.

*** L'ulcère perforant du duodénum revient à l'ordre du jour. M. MICHAUX a opéré un homme de 24 ans en pleine péritonite ; il croyait à une appendicite qu'il ne trouva pas. Sept heures après l'intervention, le malade meurt ; l'autopsie montre un ulcère perforé de la partie antérieure du duodénum, ulcère qu'on aurait pu probablement suturer si on avait soupçonné son existence.

M. TUFFIER fait les remarques suivantes : au point de vue diagnostic, on est appelé à intervenir dans deux cas ; l'ulcère a été reconnu, fait rare, où il s'agit d'une péritonite par perforation dont l'origine échappe ; l'ulcère était latent. Si la péritonite est généralisée, la laparotomie s'impose ; mais dans les cas où les accidents revêtent l'aspect d'une appendicite subaiguë, la thérapeutique peut être discutée. Un garçon de 26 ans est amené à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite subaiguë : abdomen peu tendu, assez bon état. On incise dans le flanc droit et on place un drain. Le malade meurt avec un épanchement séro-purulent de la fosse iliaque droite ; cet épanchement conduit sur une perforation de la face antérieure du duodémum. Ce seul cas montre bien les difficultés insurmontables parfois, du diagnostic. Pour les ulcères reconnus avant la perforation, il faut les traiter chirurgicalement. La gastro-entérostomie pourrait être prise en sérieuse considération.

*** M. GUINARD présente une malade qui avait été projetée sous une roue de voiture qui lui passa sur le ventre. Il fit une laparotomie sus-ombilicale, trouva une collection sous-phrénique, une autre dans l'hiatus de WINSLOW, le tout causé par une perforation siégeant sur la petite courbure. Guérison.

M. BACALOGLU montre, à la **Société anatomique**, un anévrysme de la pointe du cœur, demeuré latent pendant la vie. Un caillot fibrineux obstruait la cavité La branche de l'artère coronaire dont dépend la région est complètement obstruée.

M. GRENET présente un sarcôme de la région optopédonculaire, ayant envahi le chiasma et comprimant les pédoncules.

M. DURANTE présente un cas de gomme symétrique congénitale, trouvé dans chaque sterno-mastoïdien d'un enfant né à terme. On avait cru à des hématomes consécutifs à l'application du forceps.

M. BRIX montre le larynx d'un homme soumis au traitement ioduré, mort après deux jours d'accidents laryngés. L'organe présente un œdème considérable et des ulcérations profondes, lésions peut-être dues à l'iodisme.

M. MORESTIN apporte un sarcome mélanique de la peau, développé sur un nœvus irrité.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. le professeur FOLET présente un malade chez qui il a pratiqué la gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac. L'histoire de ce malade était la suivante : depuis huit ans il avait des douleurs, des vomissements, et du pyrosis. Les douleurs au début survenaient une heure après le repas, calmées seulement par les vomissements, alimentaires d'abord, glaireux ensuite ; puis vinrent des hématémèses. Le malade maigrissait, et était incapable de tout travail continu. Comme traitement médical, il prenait à doses énormes de la craie, qui soulageait un moment le pyrosis ; mais non les douleurs.

Diagnostic : ulcère de l'estomac ; sténose du pylore

Depuis l'opération, à type transméso-colique et postérieur, le malade a repris graduellement ; presque à partir de 15 jours après l'intervention, il gagnait près de deux kilog. par semaine. A noter pendant les 15 premiers jours, quelques vomissements, et des douleurs presque continuelles, que le professeur FOLET a signalées sur de précédents malades opérés.

*** M. GAUDIER présente une tumeur rare du larynx. Il s'agit d'un myxôme pur observé entre les deux cordes vocales inférieures, à la commissure antérieure, et qui, outre des troubles accusés de la phonation, donnait lieu à des symptômes asphyxiques. Il n'y en a guère jusqu'à présent qu'une huitaine de cas cotés dans la science. La tumeur avait absolument l'aspect d'un polype muqueux du nez et le volume d'une amande.

*** M. LAMBRET lit une observation intéressante de malformation utérine prise pour une lésion annexielle chez une femme sans passé utérin, mais souffrant à la fin de ses règles ; le toucher faisait reconnaître à droite et latéralement une masse qui remplissait le cul de-sac et paraissait accolée à l'utérus.

Laparotomie. — La masse, attirée au dehors, paraît être l'ovaire, dont cependant elle ne présente pas les caractères extérieurs. Sectionnée, la paroi épaisse et charnue est d'apparence musculaire ; elle délimite une cavité muqueuse remplie de sang noir, comme dans l'hématométrie. Après nouvelles recherches, on trouve l'ovaire, et on constate que cette masse n'était autre qu'un utérus unicorne.

Ceci montre, une fois de plus, la difficulté du diagnostic dans certains cas de tumeurs annexielles.

TRAVAUX ORIGINAUX

Nécessité de faire l'antisepsie de l'intestin dans les maladies par auto-intoxication

par le docteur **Descheemacker**, attaché à l'Institut Pasteur de Lille

L'enfant, à sa sortie des voies génitales de la mère, a normalement un intestin aseptique. Le méconium ne contient aucun germe. Ce n'est pas qu'il soit doué de propriétés bactéricides ; il peut au contraire constituer un excellent milieu de culture. C'est d'ailleurs du méconium de l'enfant, né depuis quelques heures, qu'ESCHERICH a isolé le bacille qui porte son nom, et on a constaté, depuis cet expérimentateur, que tous les intestins d'enfants normaux le renferment en très grande abondance dès le deuxième jour de la vie.

ESCHERICH pensait que les germes de ce microbe, fort répandus dans l'air, pénétraient dans l'intestin par l'anus ; mais POPOFF démontra que la contamination se faisait non pas de bas en haut, mais de haut en bas.

En protégeant, par de l'ouate stérilisée, l'orifice anal contre les germes extérieurs, cet auteur constata néanmoins, entre la cinquième et la dix-huitième heure après la naissance, la présence du bacille d'ESCHERICH dans la partie inférieure de l'intestin. Il fallait en conclure que la contamination se faisait par les premières voies digestives.

D'autres germes sont bientôt apportés par les aliments. Le lait qui, pendant plusieurs mois, doit former la nourriture exclusive du nouveau-né, en contient toujours. ALBA a constaté la présence constante du bacillus-coli communis dans le lait de la vache ; DEMME y a rencontré à plusieurs reprises un bacille qu'il retrouvait dans les selles d'enfants atteints de choléra infantile.

Dans le lait de femmes parfaitement saines, COHN et NEUMANN, KINGEL et PALLESKE ont trouvé, dans la moitié des cas, des cocci pathogènes et notamment des staphylocoques pyogènes !

S'il en est déjà ainsi pour l'enfant, il est aisé de s'imaginer quelle quantité énorme de microbes de toutes espèces nous devons absorber, nous autres adultes, avec les aliments végétaux et animaux.

L'eau de boisson elle-même, qu'elle provienne de cours d'eau, de puits ou de source, contient également toujours des germes.

MIQUEL a trouvé l'eau de Seine peuplée à Saint-Denis de 200.000 bactéries par c. c., à Chaillot de 77,525 bactéries par c. c. BUJWID analyse l'eau de puits de Varsovie et y trouve de 80 à 50.000 bactéries par c. c. THOINOT fait l'analyse de l'eau des sources qui alimentent la ville du Hâvre et constate que le nombre des germes varie dans cette eau entre 42.000 et 470.000 bactéries par litre.

Ainsi donc l'eau que nous buvons, les aliments que nous ingérons, l'air que nous respirons font pénétrer dans notre tube digestif un nombre incommensurable de microbes, dont la plupart arrivent jusque dans l'intestin.

Dans la bouche, l'action antiseptique de la salive est presque certainement nulle. D'ailleurs les germes y demeurent trop peu de temps pour être influencés par elle. La sécrétion continuelle des glandes sali-

vaires provoque à chaque instant la déglutition, balaie les microbes de la cavité buccale et les chasse dans l'estomac où peut-être nombre d'entr'eux vont être détruits par les sécrétions acides de cet organe. Mais la cavité gastrique elle-même contient des microbes. ABELOUS a isolé de son propre suc gastrique obtenu à jeûn au moyen du tube de FAUCHER, seize espèces microbiennes. VAN PUTEREN, en Allemagne, cherche à déterminer la quantité de micro-organismes qui peuplent l'estomac de l'enfant et trouve qu'en moyenne il contient 519.000 germes chez l'enfant atteint de muguet; 234.000 chez l'enfant nourri artificiellement; enfin 12.800 chez celui qui peut bénéficier d'une alimentation maternelle.

MM. GILBERT et LESAGE, de leur côté, estiment aussi que le nombre des germes existant dans l'estomac sain de l'adulte s'élève en moyenne à 30.000.

Quoi qu'il en soit de la présence constante d'une grande quantité de bactéries dans la cavité gastrique, quoi qu'il en soit aussi des résultats différents obtenus par les auteurs qui ont étudié le pouvoir antiseptique du suc gastrique, il est très probable, quand bien même les sécrétions de l'estomac seraient douées de puissantes propriétés bactéricides, que beaucoup de germes échappent à leur action.

En effet, le suc gastrique est sécrété seulement en abondance quand les aliments pénètrent dans l'estomac; mais alors, comme l'ont démontré MM. HAYEM et WINTER, une très faible partie de l'acide chlorhydrique libre reste à l'état libre, et la plus grande partie entre en combinaison avec les matières albuminoïdes. De ce fait, le suc gastrique perd de sa puissance antiseptique.

D'ailleurs le nombre énorme de microbes ingérés chaque fois avec les aliments, la gangue protectrice que ceux-ci peuvent leur fournir et le séjour peu prolongé des germes dans l'estomac, permettent de supposer que le plus grand nombre d'entre eux arrive facilement jusque dans l'intestin.

L'intestin est un excellent habitat pour les microbes. C'est pour eux un véritable lieu de culture où ils pullulent à foison.

MM. LEGENDRE, BARETTE et LEPAGE disent avec raison : « Les conditions physiques et chimiques qui règnent dans le tube digestif réalisent admirablement celles que l'expérience nous a montré être favorables à la culture des micro-organismes (température constante de 38°, humidité, stagnation relative, arrivée périodique de matières fermentescibles). Le tube digestif est le paradis des microbes ! Aussi, dans ce monde microbien, vivent côte à côte des espèces indifférentes, des espèces utiles et des espèces nuisibles. Les espèces qui sont habituellement indifférentes quand elles ne prennent pas un trop grand développement peuvent devenir nuisibles si elles viennent à pulluler avec excès. Quant aux espèces pathogènes, leur arrivée n'est probablement qu'intermittente. »

ESCHERICH le premier fit des recherches sur la flore bactérienne de l'intestin. Il découvre le bacterium coli commune, hôte normal et constant de l'intestin du nourrisson comme de l'adulte. ESCHERICH montre également que dans la première portion de l'intestin du nourrisson, prédomine le bacterium lactis aérogènes et que, dans la dernière, pullule surtout le bacterium coli commune. Quelques années plus tard, MORELLE identifie les deux germes et les considère comme une seule et même espèce bactérienne. GESSNER isole du duodénum sept espèces microbiennes.

MACFAYDEN, NENCKI et SEIBER font leurs recherches sur le vivant. Chez un malade porteur d'un anus contre nature à la partie terminale de l'iléon, ils recueillent des matières intestinales dans lesquelles ils trouvent huit espèces de germes ; des bacilles, un streptocoque, une levure, un oïdium, le bacillus liquefaciens, le bacterium coli et une bactérie liquéfiante. Dans les matières fécales, MILLER retrouve douze des vingt-deux espèces isolées par lui, de la bouche.

Si le nombre des espèces n'est pas très grand dans l'intestin, la quantité de microbes y est considérable. Les germes sont répandus dans toute la longueur du tube intestinal, mais non d'une façon uniforme. Leur nombre augmente du duodénum à l'iléon où il atteint 100.000 par milligramme de matière, d'après GILBERT et DOMINICI ; à partir du cœcum il n'y a plus que 20.000 à 30.000 germes par milligramme de matières fécales, du moins chez le chien.

Les germes que tous les expérimentateurs reconnaissent comme constants dans l'intestin normal de l'homme sont : le *bacillus subtilis*, le *bacillus mesentericus vulgatus*, le *bacillus liquefaciens ilœi*, le *bacillus amylobacter*, le *bacterium lactis aerogenes*, le *bacterium coli commune*.

Nous ferons une revue rapide plutôt qu'une étude

de ces germes, indifférents ou utiles, pour nous appesantir davantage sur les microbes pathogènes de l'intestin.

Le *bacillus subtilis*, très répandu dans l'air, se développe très bien dans la macération de foin. Il pousse d'une façon luxuriante sur les infusions végétales à la température de 35°. Long bâtonnet de 6 μ de longueur et d'une largeur trois fois moindre, ce micro-organisme porte des spores très visibles qui résistent même à l'ébullition. Ces spores sont répandues à profusion dans la poussière et dans l'air et contaminent souvent par leur abondance les milieux de culture. Ce bacille pousse sur tous les substrata employés en bactériologie. Il croît en surface sur le bouillon qu'il recouvre vite d'un voile assez épais. Sur gélatine, il donne de petites colonies rondes, blanchâtres, brunes sous une certaine épaisseur. Il liquéfie lentement la gélatine.

L'agar, ensemencé avec le subtilis, se recouvre en vingt-quatre heures d'une membrane assez épaisse, ridée, et la pomme de terre se revêt d'une couche épaisse qui brunit avec le temps.

Ce bacille est aérobie. Il a un grand besoin d'oxygène ; cependant sa résistance est telle qu'il évolue encore en l'absence de l'air. Il prend alors des formes variées et perd la faculté de sporuler.

Le bacillus subtilis n'a aucune action fermentative sur les hydrates de carbone ; mais il possède un pouvoir ferment assez prononcé pour dissoudre les albuminoïdes et les transformer en peptones.

Le *bacillus mesentericus vulgatus* est un bacille assez volumineux et un peu mobile. Il est sporogène. Il donne de grosses colonies sur gélatine qu'il liquéfie peu à peu et couvre rapidement la surface de la pomme de terre d'une couche épaisse et d'aspect graisseux. Ce bacille, d'après Hueppe, aurait une action diastasique énergique ; il coagule le lait et dissout la caséine.

Macfayden, Nencki et Sieber ont décrit un bacille isolé par eux des matières intestinales de la fin de l'iléon. Ils l'ont appelé *bacillus liquefaciens ilœi*. C'est un bacille mobile sur le champ du microscope. Cultivé sur gélatine il la liquéfie lentement. Il n'a aucune action diastasique sur les hydrates de carbone ; mais il produit la fermentation ammoniacale des matières albuminoïdes.

Le *bacillus amylobacter* ou bacille de la fermentation butyrique est un anaérobie. Prazmowsky l'a décrit le premier. C'est un bacille 3 μ de longueur et de 1 μ de largeur, portant en son milieu une spore réfringente qui est détruite par l'ébullition. Il se développe rapidement sur les infusions végétales. Dans les solutions sucrées, il produit de l'acide butyrique et donne naissance à de l'hydrogène et à de l'acide carbonique. Il sécrète aussi un ferment qui dissout la cellulose. Très répandu dans la nature, ce bacille a été trouvé dans les végétaux en voie de putréfaction, dans le vieux lait conservé et dans le vieux fromage. Hôte normal de l'intestin, le bacillus amylobacter y est d'autant plus abondant que l'alimentation est plus végétale.

Le *bacterium lactis aerogenes*, trouvé par Escherich dans la partie supérieure du tube digestif, a la forme d'un bâtonnet à bouts arrondis. Il se développe bien sur gélatine : en surface, les colonies sont proéminentes ; en profondeur il pousse mieux dans la partie profonde de la piqûre. Il produit de l'acide lactique dans le lait et fait fermenter le glucose. Ces propriétés identiques à celle du bacterium coli ont, comme nous l'avons déjà dit, conduit Morelle à identifier le bacterium lactis au bacterium coli.

On doit à Escherich la découverte du microbe dont la présence constante dans l'intestin présente le plus d'importance : le *bacterium coli commune*. Hôte normal du tube digestif de l'homme et des animaux, il y vit en simple saprophyte, ayant néanmoins un rôle utile dans les phénomènes de la digestion, grâce aux propriétés qu'il possède de transformer les albuminoïdes en peptones et de faire fermenter le sucre. Cependant ce microbe, inoffensif et même utile, peut dans certains cas acquérir de la virulence et susciter dans l'intestin ou à distance des affections graves quelquefois mortelles. Il sert de transition entre les microbes indifférents et les microbes pathogènes de la dernière partie du tube digestif.

Le bacterium coli est un petit bacille doué d'une mobilité assez grande grâce aux cils qu'il porte à sa périphérie. Il pousse avec exubérance sur tous les milieux de culture, et sa vitalité est telle, qu'il peut vivre aussi bien en anaérobie qu'en aérobie. L'aspect de sa culture sur plaque de gélatine est caractéristique. Il forme des colonies arrondies, bleuâtres, irisées au jour frisant, translucides, dont le centre présente un point culminant et dont le pourtour s'étend par dégradations successives comme les flancs d'une colline. Laruelle a décrit une variété opaque, plus épaisse et d'un blanc mat.

Le coli bacille ne liquéfie pas la gélatine. Sur pomme de terre, la culture du coli forme un enduit épais, humide et jaunâtre. Ensemencé dans le lait, il en détermine assez rapidement la coagulation parce qu'il sécrète de l'acide lactique. Ce bacille, outre les milieux lactosés, fait encore fermenter les milieux peptonisés et sucrés ; il donne en culture, en bouillon, la réaction de l'*indol*. Cette réaction est obtenue facilement par le procédé de CHISAFULLI, qui consiste à mettre dans le bouillon un petit morceau de sapin, et à verser dans le milieu quelques gouttes d'acide chlorhydrique pur : il se produit une teinte rouge qui révèle l'indol.

Ainsi le bacterium coli coagule le lait, produit des gaz dans les milieux sucrés et donne la réaction de l'indol. Tels sont les trois caractères fondamentaux qui permettent d'effectuer sa détermination.

En 1893, GILBERT appelle l'attention sur les autres formes bactériennes de l'intestin qui ne liquéfient pas la gélatine et démontre avec LION que ces bactéries sont des variétés différentes du seul et même genre coli. Parmi ces variétés coli-bacillaires, les unes sont mobiles, les autres immobiles ; les unes ne coagulent pas le lait, ne font pas fermenter les milieux sucrés, mais donne la réaction de l'indol ; les autres ne produisent pas cette réaction mais font fermenter le lait et le sucre. Néanmoins, toutes ces bactéries, d'après GILBERT, LION et MIASNIKOFF, doivent être rattachées au genre coli ; car toutes possèdent au moins une des propriétés caractéristiques du bacterium coli type.

Contrairement à l'opinion d'ESCHERICH qui considérait le coli bacille comme pathogène (car les doses énormes qu'il injectait aux animaux devaient nécessairement être mortelles pour tous), le bacterium coli commune, dans l'intestin de l'homme sain, n'est nullement virulent. LESAGE et MACAIGNE font des injections sous-cutanées et intra-péritonéales avec des cultures de ce bacille, et tous leurs animaux supportent très bien l'injection d'un centimètre cube.

Mais si on isole un bacterium coli de selles diarrhéiques provenant d'un intestin malade, ce bacille peut avoir une virulence variable, souvent assez grande pour qu'un centimètre cube d'une culture fraîche tue sûrement un lapin ou un cobaye en 24 ou 48 heures. Quelle que soit la voie d'injection employée, intra-veineuse, intra-péritonéale ou sous-cutanée, on retrouve toujours le microbe dans le sang, le foie et la rate ; l'animal meurt de septicémie généralisée.

Si on injecte la culture filtrée, privée par conséquent du corps bacillaire, on remarque qu'il est nécessaire d'injecter de 37 à 94 c/c. de filtrat par kilo d'animal pour produire la mort. Cependant si le bacterium coli est très virulent, l'injection de quelques centimètres cubes de culture filtrée peut produire des accidents graves d'intoxication. L'animal perd ses forces, sa pupille est dilatée, sa sensibilité est amoindrie, il est somnolent et cette somnolence peut aller parfois jusqu'au coma. Si la dose est plus forte, les membres s'agitent de secousses convulsives ; à la mydriase succède le myosis, et l'animal, après une phase tétanique, meurt en hypothermie. Ces expériences mettent bien en relief le rôle pathogène que peut avoir dans l'intestin le bacterium coli.

Autrefois on mettait sur le compte de l'alimentation la cause des diarrhées, des entérites aiguës ; ces affections étaient produites par l'ingestion d'une trop grande quantité d'aliments, ou d'aliments avariés. Certes des micro-organismes pathogènes peuvent être ingérés avec ces aliments ou avec de l'eau de boisson et causer par leurs propres toxines la diarrhée simple ou l'entérite ; mais, le plus souvent, leur symbiose avec le coli suffit à rendre ce microbe virulent. C'est donc cet hôte normal de l'intestin qu'il faut incriminer dans la plupart des infections intestinales.

HUEPPE, GILBERT et GIRODE, CHANTEMESSE et WIDAL ont montré que l'agent microbien de l'entérite cholériforme est également le bacterium coli. Chez des malades morts de choléra nostras, GILBERT et GIRODE n'ont trouvé que le coli-bacille comme cause de cette affection.

LESAGE a pu aussi l'isoler des plaques de PEYER tuméfiées et des ganglions mésentériques hypertrophiées, chez des enfants morts de choléra infantile.

Le bacterium coli peut encore déterminer des affections ulcératives de l'intestin ; il peut causer la colite, la typhlite, l'appendicite et provoquer dans ces affections, comme dans la hernie étranglée, des péritonites partielles ou généralisées, dont l'exsudat ensemencé ne donne que des cultures pures de ce microbe. Cantonné à l'intestin à l'état normal, le bacille du côlon devenu virulent peut émigrer au loin et causer des affections diverses. Il peut remonter le canal cholédoque, pénétrer dans la vésicule ou les canalicules biliaires et y produire une inflammation suppurative.

GILBERT et GIRODE ont signalé deux cas d'angiocholite coli-bacillaire suppurée. CHARRIN et ROGER ont pu, de leur côté, déterminer chez l'animal des angiocholites à coli-bacille.

D'autres fois, le bacterium coli emprunte la voie veineuse pour atteindre un organe affaibli et s'y cantonner, ou pour se disséminer dans tout l'organisme et causer une septicémie généralisée, comme dans le cas de STITTMANN et BARLOW. Chez un urinaire, atteint de cystite purulente, ces auteurs furent conduits par les symptômes d'intoxication généralisée que présentait leur malade, à rechercher dans le sang la présence d'un micro-organisme pathogène. Ils ensemencèrent sur divers milieux de culture le sang prélevé dans la veine médiane céphalique, et après séjour à l'étuve, ne trouvèrent que des cultures pures de bacterium coli. A l'autopsie ils rencontrèrent des abcès du rein et une pyélo-néphrite à coli-bacille.

Les observations de CHANTEMESSE et WIDAL, de FERNET et PAPILLON ont prouvé aussi que la fièvre puerpérale peut être due au coli-bacille seul. Le plus souvent, il est uni au streptocoque, et dans ce cas, nous savons que le traitement par le sérum de MARMOREK est insuffisant, parce que ce sérum n'agit que sur l'infection streptococcique et nullement sur l'infection coli-bacillaire.

GILBERT a également rapporté quelques exemples de métrite et de pyo-salpynx causés par le bacterium coli. Plus rarement, il est vrai, l'appareil pulmonaire peut-être envahi par le même microbe, soit primitivement, soit consécutivement à des affections intestinales. Chez des malades atteints de diarrhée infectieuse, GILBERT et GIRODE ont vu survenir la pneumonie et purent, à l'autopsie, isoler le coli-bacille des noyaux pneumoniques. De même CHANTEMESSE et WIDAL, LESAGE, FISCHER et LEVY retirèrent ce micro-organisme des noyaux d'une broncho-pneumonie survenue chez des malades comme complication d'une diarrhée infectieuse ou d'une hernie étranglée.

WIDAL et DUMONTPALLIER l'ont retrouvé dans plusieurs pleurésies. DUFLOCQ enfin, chez un vieillard atteint de broncho-pneumonie et qui avait eu autrefois une entérite aiguë, trouva dans les crachats le coli-bacile à l'état pur.

Ce micro-organisme virulent peut aller jusqu'à léser la paroi interne du cœur. NETTER et THIROLOIX ont rapporté des cas d'endocardite coli-bacillaire.

Dans la fièvre typhoïde, il devient aussi très virulent ; les méningites, les ostéomyélites, les néphrites qui compliquent quelquefois cette affection, sont très souvent dues au coli-bacille seul. Le bacterium coli peut enfin former des abcès et des phlegmons, et, quand il a acquis la propriété de former du pus, il conserve pendant longtemps, même après passage par les animaux, son pouvoir pyogène.

On voit, par ce rapide exposé, quelle puissante nocivité peut acquérir le bacterium coli commune, répandu de la bouche à l'anus sur toute la longueur du tube digestif, et de combien d'affections diverses il peut être cause !

Nous avons vu également la grande affinité qui existe entre le bacille d'EBERTH et le bacterium coli commune au point que les complications de la fièvre typhoïde sont aussi souvent coli-bacillaires qu'éberthiennes.

Certains auteurs, d'ailleurs, soutiennent que diarrhée, entérite aiguë, choléra nostras, fièvre typhoïde, ne relèvent que d'un seul microbe pathogène, du bacterium coli commune, dont la virulence plus ou moins grande cause telle ou telle de ces affections.

Cette théorie, défendue par l'Ecole de Lyon, est purement hypothétique. De nombreux faits cliniques et expérimentaux interdisent actuellement de l'accepter. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question.

Les germes pathogènes de la dysenterie, du choléra, de la fièvre typhoïde, sont accidentellement des hôtes de l'intestin où on les rencontre en plus ou moins grande quantité, à côté des bactéries banales que nous venons de décrire. C'est dans l'intestin grêle, rarement dans le gros intestin, qu'ils se rencontrent presque exclusivement : ils y élaborent des toxines qui diffusent dans l'économie, et eux-mêmes, dans quelques cas, pénètrent dans les organes voisins à la faveur d'une effraction, et vont produire au loin des déterminations pathologiques plus ou moins graves.

Le traitement de ces affections ne saurait être basé sur l'administration de drogues anti-diarrhéiques ou astringentes ; ce serait aller tout à l'encontre du but indiqué. En arrêtant le flux intestinal, on empêcherait l'expulsion des germes infectieux et de leurs toxines ; on favoriserait, par suite, la rapidité de l'intoxication.

C'est aux médications antiseptiques et antitoxiques que l'on devra ici avoir recours.

Les travaux nombreux publiés dans ces derniers temps permettent d'espérer que dans un avenir très proche la sérothérapie livrera aux médecins un

moyen spécifique de combattre la fièvre typhoïde et le choléra.

En attendant, l'antisepsie intestinale s'impose pour entraver la pullulation des germes infectieux et empêcher que des micro-organismes qui habitent normalement l'intestin, n'acquièrent par l'association avec ces germes des propriétés virulentes, comme le fait a lieu pour le bacterium coli ou pour le streptocoque dans la fièvre typhoïde. (SANARELLI, VINCENT).

Mais la pratique de l'antisepsie de l'intestin s'impose au médecin comme traitement non seulement dans les maladies infectieuses à localisation intestinale, mais encore dans les états morbides par auto-intoxications.

M. DUCLAUX considère l'intestin comme un véritable vase à fermentation et à putréfaction, dans lequel les produits sont enlevés au fur et à mesure de leur fabrication par l'énorme surface absorbante de la paroi, du pylore à l'anus.

Mais l'intestin, outre les toxines des microbes qui vivent à l'état normal dans cette partie du tube digestif, renferme encore bien d'autres poisons. M. BOUCHARD classe ces poisons suivant leur degré toxique : en première ligne il place les matières minérales; en seconde, les produits de la putréfaction ; au troisième rang, les matières fécales; enfin la bile occupe la quatrième place.

La bile, en effet, est douée de propriétés toxiques. VULPIAN, administrant de la bile à un chien, trouve que la toxicité de ce liquide est de 9 c. c. par kilo d'animal.

M. BOUCHARD étend la bile de bœuf de deux fois son volume d'eau et l'injecte au lapin : 4 c. c. suffisent pour produire la mort.

Le même savant démontre également la grande toxicité des matières fécales dont l'extrait aqueux de 17 gr. seulement, injecté dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin, détermine des convulsions et la mort à brève échéance.

En présence de cette quantité énorme de substances toxiques en contact intime avec la muqueuse absorbante de l'intestin, on est appelé à se demander par quels moyens l'homme peut échapper à l'empoisonnement.

« Ainsi, dit M. BOUCHARD, l'homme est constamment sous une menace d'empoisonnement ; il travaille à chaque instant à sa propre destruction ; il fait d'incessantes tentatives de suicide par intoxication. Et cependant cette intoxication ne se réalise pas, car l'organisme possède des ressources multiples pour y échapper ».

Voyons quelles voies d'élimination et quels moyens de défense possède l'économie pour se débarrasser de ses poisons

La défécation entraîne par les matières fécales une énorme quantité de substances toxiques. Outre les débris alimentaires, fibres de cellulose ou de muscles non digérées, les fèces renferment des acides polyatomiques, des sels solubles et insolubles, des toxalbumines, une foule de diastases, de corps amidés, de ptomaïnes, de leucomaïnes.

Le poids moyen de matières fécales émises journellement est d'environ 400 gr. : on voit ainsi quelle énorme quantite de poisons est expulsée chaque jour par l'anus, attendu que l'extrait aqueux de 17 gr. de fèces d'homme sain tue un lapin.

Mais les matières fécales sont loin d'entraîner au dehors tous les poisons que contient l'intestin : ce n'est qu'une bien faible portion du contenu intestinal qui est éliminée par cette voie. La muqueuse absorbe les substances qui y restent.

STICH, s'étonnant de la rareté des accidents toxiques, alors que l'intestin contenait tant de poisons, pensait que l'épithélium de la muqueuse intestinale à travers laquelle passaient les substances toxiques, intervenait efficacement en arrêtant ces poisons et en les détruisant.

Nous savons aujourd'hui que ces toxines passent dans le système veineux porte, qui les entraîne jusqu'au foie, où la plus grande partie est détruite.

Les expériences de SCHIFF, confirmées par la suite par MM. BOUCHARD, ROGER et CHARRIN, ont nettement démontré ce rôle protecteur du foie.

Cependant tous les produits toxiques de l'intestin ne sont pas détruits en totalité par le foie ; une partie franchit la barrière hépatique et passe dans la circulation générale. Mais divers organes dans lesquels la circulation est très active privent le sang des poisons qu'il peut contenir.

Par son passage dans les poumons, le sang se dépouille des produits gazeux, comme l'acide carbonique, l'ammoniaque, et cette fonction éliminatrice, dévolue aux poumons, nous donne l'explication de l'haleine fétide que présentent si souvent les malades atteints de stercorémie ou d'obstruction intestinale.

Par la peau et les glandes sudoripares s'éliminent

de l'eau, des sels, des acides volatils. Ce rôle d'émonction qu'a la peau est assez important ; car on voit l'animal chez qui on a supprimé une grande partie de la fonction cutanée par le vernissage de son corps, mourir en hypothermie, après avoir présenté un état morbide des plus infectieux.

Ainsi donc, et M. Bouchard l'a d'ailleurs nettement démontré, les organes d'émonction ne peuvent se suppléer les uns les autres.

Les substances qu'a laissé passer le foie ne s'éliminent qu'en faible partie par les poumons et la peau ; la plus grande grande quantité est retenue dans le sang. Le sang deviendrait toxique, malgré la peau, malgré les poumons, s'il n'existait un organe de première importance pour sauvegarder l'économie. Cet organe, c'est le rein et quand le rein cesse de fonctionner, c'est la mort à bref délai.

Les travaux de M. Bouchard sur les auto intoxications ont montré de quelle puissante toxicité était douée l'urine et ils ont prouvé également que cette toxicité était corrélative des poisons fabriqués dans l'intestin. L'arrêt des matières fécales, la simple constipation même, augmentent le pouvoir toxique de l'urine.

Déjà, à l'état sain, ce liquide injecté au lapin, à la dose de 45 c. c. par kilo, produit chez cet animal de sérieux accidents toxiques et cause même assez rapidement la mort. Un kilogramme d'homme élimine en 24 heures par l'urine une quantité de poisons suffisante pour tuer 461 grammes d'animal. L'homme de poids moyen éliminera donc journellement par son urine de quoi tuer 32.270 grammes d'animal.

Ces chiffres très suggestifs imposent à l'esprit l'idée de l'intoxication massive qui doit survenir par arrêt de la fonction rénale ; ils expliquent aussi surabondamment les symptômes parfois saisissants de l'urémie.

Ainsi donc l'homme échappe à l'auto-intoxication d'origine intestinale, grâce à l'action destructive qu'exerce le foie sur les poisons organiques et microbiens, grâce aussi aux émonctoires rénal, pulmonaire, cutané et rectal.

La santé sera par conséquent le juste équilibre entre la formation des produits microbiens dans l'intestin et le fonctionnement normal des organes d'émonction Si cet équilibre vient à se rompre, il est nécessaire pour le médecin de recourir à l'antisepsie de l'intestin. Il entravera ainsi la pullulation des germes qui s'y trouvent, et par là, diminuera la quantité des toxines microbiennes et des résidus de la putréfaction qui, absorbés à chaque instant et lancés dans la circulation, sont les premiers et les plus importants facteurs des auto-intoxications.

L'emploi des antiseptiques intestinaux s'impose donc quand le tube digestif est le siège de fermentations putrides qui existent si souvent dans l'embarras gastrique, les dyspepsies et la dilatation d'estomac, ou qui succèdent à l'apport dans l'intestin d'aliments avariés ou de mauvaise qualité ; il s'impose quand le cours des matières intestinales, gêné par la constipation ou toute autre cause, produit cet état morbide que M. Bouchard a décrit sous le nom de Stercorémie, quand aussi les surfaces cutanée et pulmonaire ne sont plus perméables aux toxines du sang comme dans la pneumonie massive ou les brûlures étendues de la peau.

Où l'antisepsie intestinale doit être employée dans toute sa rigueur, c'est surtout dans les affections hépatiques et rénales.

Qu'un processus de sclérose étouffe peu à peu la cellule hépatique et transforme en partie le foie en tissu fibreux ; que des affections chroniques, telles que la syphilis, le paludisme, la scrofulo-tuberculose ou les suppurations prolongées marquent leur empreinte sur le foie et lui fassent subir une transformation amyloïde ou graisseuse ; qu'un ictère vienne perturber momentanément la fonction de la cellule du foie ; et la barrière hépatique qui, à l'état sain, se dresse contre les poisons élaborés dans l'intestin pour les arrêter et les détruire, va les laisser passer et diffuser dans l'économie. Heureux si la fonction rénale est intacte ; le danger sera momentanément conjuré. Le rein se chargera d'éliminer tous ces poisons ; mais bientôt il faillira devant la tâche à lui imposée.

Ainsi donc dans les maladies du foie, dans les affections cutanées, pulmonaires ou rénales, il faut autant qu'il est possible diminuer la quantité des poisons de l'organisme et cela, en pratiquant l'antisepsie intestinale.

Cette antisepsie se recommande de divers moyens. Les médecins de Molière, en purgeant et saignant leurs malades, faisaient déjà, sans s'en douter, de l'antisepsie. La saignée enlève au sang une grande quantité de poisons ; elle est encore aujourd'hui le meilleur traitement contre l'urémie.

Grâce aux purgatifs nous expulsons par la voie rectale les microbes et les produits toxiques de l'intestin. Enfin, par les antiseptiques chimiques, nous neutralisons dans l'intestin les poisons qui s'y trouvent et nous y empêchons la pullulation des germes.

Erratum.— Dans le numéro du 23 janvier, p. 43, colonne 1, ligne 4, lire au lieu d'injections sous-conjonctivales de caféine — *Injections sous-conjonctivales de sublimé.*

VARIÉTÉS

Les bains dans les hôpitaux anglais

Une horrible nouvelle plongeait dernièrement dans la consternation les philanthropes du Royaume-Uni. Le bruit se répandait que les infirmiers de l'hospice de Maidenhead avaient l'habitude de faire servir six bains d'eau chaude à baigner quarante vagabonds ! Cette moyenne de six vagabonds et deux tiers par baignoire parut trop élevée à lord Russel, un des administrateurs de l'établissement. Les réclamations qu'il fit à ce sujet à ses collègues n'ayant pas été écoutées, il adressa au Local Government Board un exposé des faits, accompagné d'un vibrant plaidoyer en faveur de ce principe : « Un homme, un bain » (*one man, one bath*). Le Local Goverment Board s'émut, ainsi qu'il convient, et somma les administrateurs de l'hospice de Maidenhead d'expliquer leur inqualifiable conduite. Les coupables ont tenu séance, la semaine dernière, et se sont justifiés en ces termes : « Longtemps déjà avant la communication du Local Government Board, les administrateurs de l'hospice avaient pris des mesures en vue d'augmenter la provision d'eau chaude de l'établissement. Le nombre de nos pensionnaires baignés dans une même eau a diminué sans cesse. Quand notre installation sera complète, le même bain servira à deux ou trois personnes au plus. » Le progrès est indéniable, mais ce n'est pas encore assez, aux yeux de lord Russel ; il voudrait voir triompher son principe : *One man, one bath.* Il n'obtiendra pas satisfaction de sitôt. « Où donc, s'est écrié un des administrateurs de l'hospice au cours de la dernière séance du comité, s'arrêtera-t-on dans la voie du luxe ? Je m'étonne qu'on ne nous ait pas encore proposé de mettre du savon parfumé à la disposition de nos pensionnaires. » — Et l'on propose toujours en exemple à la malpropreté française les hygiéniques raffinements de l'hydrothérapie britannique !

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

M. P. C.-E. Vanbremeersch, de Bœseghem (Nord), a soutenu le 22 janvier sa thèse inaugurale (5e série, n° 65) intitulée : **De l'appendicite. Quand l'intervention opératoire devient-elle indispensable ?**

RÈGLEMENT SUR LES JURYS DE THÈSES

Par décret, en date du 16 janvier 1898, dans les Facultés et Ecoles supérieures de pharmacie, le doyen ou directeur peut appeler à faire partie du jury des thèses des professeurs d'autres Facultés de l'Université, dont l'enseignement se rapporte à l'ordre d'études auquel appartient la thèse présentée.

CONCOURS D'AGRÉGATION

Leçon de une heure après 48 heures de préparation.
Questions sorties :

MM. Pic (Lyon), Hérédité de la syphilis.
Deléarde (Lille), Asphyxies locales.
Thiroloix (Paris), Artérites cérébrales.
Daunic (Toulouse), Angines de poitrine.
Vires (Montpellier), Lèpre : étiologie et prophylaxie.
Lamacq (Bordeaux), Du pouls dans les maladies aiguës.
Hobbs (Bordeaux), Scléroses pulmonaires.
Raymond (Montpellier), Des mélanodermies.
Frenkel (Montpellier, Lille, Bordeaux, Toulouse). Insuffisance rénale.
Patoir (Lille), La mort subite.
Papillon (Lille), Prophylaxie de la tuberculose.
Méry (Paris), La spécificité dans les maladies.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Une nouvelle place d'agrégé comprise dans la section de chirurgie et accouchements *(accouchements)* et réservée à la Faculté de médecine de Paris est ajoutée au nombre de places précédemment fixé pour le concours d'agrégation.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le professeur de Nabias est nommé, pour une période de trois ans, doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Pitres, nommé doyen honoraire.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Georges Gayet est nommé chef de clinique chirurgicale, et M. le docteur Deydier, chef adjoint.

NOMINATION

Par décret, M. le docteur Porson (de Nantes) a été nommé membre du conseil supérieur de l'Assistance publique.

NÉCROLOGIE

MM. les docteurs : de Pietra-Santa, secrétaire perpétuel de la Société française d'hygiène.— Taurin (de Louviers), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Abric, d'Aulus (Ariège); Bienfait (de Reims); Duzéa (d'Oran); de la Houssaye, de Mortain (Manche); Fraisse, de Regusse (Var); Thibal, de Djidjelli (Constantine) ; Ouilly, aide-major de 1re classe au 25e bataillon de chasseurs à pied, décédé à Saint-Mihiel, des suites d'une fièvre typhoïde.

BIBLIOGRAPHIE

L. Hugounenq, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — **Précis de chimie physiologique et pathologique**, 1 vol. de 612 p., chez O. Doin, Paris, 1897 (Collection Testut).

« En médecine, dit l'auteur dans sa préface, la chimie n'est pas un but ; elle n'est qu'un moyen, une voie d'accès vers la

physiologie et la clinique, que nous ne devons jamais perdre de vue » On ne saurait mieux définir l'esprit dont doit s'inspirer l'enseignement de la chimie médicale dans nos Universités. Pendant trop longtemps, au moins dans quelques-unes de nos Facultés, cet enseignement a, pour ainsi dire, vécu pour lui-même, à côté, et l'on pourrait ajouter, en dehors de l'enseignement médical. Les réformes introduites récemment dans l'organisation des études de médecine ont heureusement fait « rentrer l'enseignement chimique des Facultés de médecine dans une voie qui est la sienne et dont elle ne s'était écartée que pour obéir aux nécessités d'une organisation défectueuse » ; elles ont replacé la chimie « tout à côté de la physiologie qui ne saurait se développer sans elle, de la bactériologie et de la clinique qui n'en sont plus à compter les services que la chimie leur a rendus. »

Ces quelques citations montrent dans quel esprit a été conçu l'ouvrage de M. Hugounenq. Les notions de chimie pure y ont été restreintes au strict indispensable à l'intelligence du sujet. On y a développé au contraire tout ce qui peut directement ou indirectement être utile à l'initiation professionnelle du médecin.

L'ouvrage est divisé en cinq parties. La *première* comprend l'étude des principes immédiats, organiques et minéraux, dont l'association constitue nos tissus. Le lecteur trouvera là notamment un exposé à la fois clair et succinct de l'histoire chimique des matières albuminoïdes, avec un essai d'une classification nouvelle, par laquelle l'auteur réagit avec force contre ces créations hâtives d'espèces chimiques nouvelles « qui encombrent sans profit la littérature scientifique ». — Cette partie se termine par l'étude des ferments figurés et des ferments solubles, laquelle constitue sans doute, avec l'étude des actions chimiques des microbes dont nous parlerons plus loin, le chapitre le plus nouveau et le plus intéressant de l'ouvrage.

Dans la *deuxième partie*, l'auteur a décrit le *milieu extérieur*, comprenant par une tentative originale, non seulement l'étude de l'atmosphère et des aliments, mais encore toute la chimie du tube digestif. « Malgré les apparences, ce rapprochement se justifie aisément : quoiqu'anatomiquement intérieur, le tube digestif est aux yeux du physiologiste un terrain mixte où se rencontrent, avec des sécrétions glandulaires, des aliments et des microorganismes venus de l'extérieur .. L'organisme ne commence qu'à l'épithélium de la muqueuse intestinale »

Sous ce titre de *milieu intérieur*, M. Hugounenq expose dans la *troisième partie* la chimie du sang, de la lymphe et des différents tissus.

La *quatrième partie* est consacrée à l'étude de l'*urine* à l'état normal et à l'état pathologique.

Enfin la *cinquième partie* comprend l'étude des échanges nutritifs normaux et pathologiques et se termine par un chapitre consacré au *chimisme microbien*. L'auteur a condensé là, sous la forme d'un exposé entièrement original, tout ce que l'on sait sur la chimie des microbes pathogènes.

Ajoutons pour terminer que cet ouvrage, original et nouveau par son côté doctrinal, n'est pas moins recommandable pour le côté technique des choses. Toutes les méthodes de recherches que la chimie met à la disposition de la clinique sont décrites avec soin. Par là l'ouvrage est en même temps un *vade mecum* de laboratoire qui pourra être consulté avec autant de profit par le pharmacien que par le médecin.

D[r] L.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

3e SEMAINE DU 16 AU 22 JANVIER 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	4
3 mois à un an	7	3
1 an à 2 ans	2	3
2 à 5 ans	2	»
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	2	3
20 à 40 ans	8	3
40 à 60 ans	7	6
60 à 80 ans	13	8
80 ans et au-dessus	1	5
Total	47	36

Répartition des décès par quartier	NAISSANCES par Quartier	TOTAL des DÉCÈS	Autres causes de décès	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phthisie pulmonaire	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphtérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	7	4	1	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	12	23	10	»	»	»	»	»	3	»	»	2	2	4	1	»	1	»	»	»	»	»
Moulins, 24,947 hab.	8	4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Wazemmes, 36,782 hab.	37	12	2	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	7	»	»	»	»	»	»	»	»
Vauban, 20,381 hab.	14	3	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	15	17	5	»	2	»	»	»	5	1	»	»	1	2	»	»	»	1	»	»	»	»
Esquermes, 11,381 hab.	5	4	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	5	3	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	18	8	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	1	1	»	»	»	»	»	2	»
Canteleu, 2,836 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	3	5	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	»	»	»	»	»	»	»
Total	126	83	23	»	2	»	»	»	14	1	»	7	7	22	3	»	1	1	»	»	2	»

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

N° 56. Deuxième Année, N° 6. Le Numéro : **10** centimes. 6 Février 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT *5 fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS *3 fr. par an*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

AVIS

Ceux de nos lecteurs qui ne nous ont pas encore adressé le montant de leur réabonnement sont priés de vouloir bien nous l'envoyer en un mandat-poste. Ce mode de paiement est à la fois le plus simple et le moins coûteux pour eux et pour nous, et le talon du mandat peut leur tenir lieu de quittance. A partir du 6 février les recouvrements seront faits par la poste, augmentés de 0,50 centimes pour frais.

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Un nouveau cas de méralgie paresthésique, par le docteur **Ingelrans.** — Du décollement du pavillon de l'oreille et de l'incision du conduit, comme voie d'accès pour l'extraction des corps étrangers de la caisse, par le docteur **H. Gaudier.** — FAITS CLINIQUES : Kyste dermoïde de l'ovaire droit prolabé dans le cul-de-sac de Douglas. — Extirpation par le vagin, par le docteur **L. Dubar.** — Hernie ombilicale étranglée par vive arête; Kélotomie; Guérison, par le docteur **Potel.** — Variétés. — Intérêts professionnels — Nouvelles. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine,** M. HERVIEUX s'unit à M. ROBIN pour protester contre l'exclusion injustifiée des ventouses scarifiées et du vésicatoire. A la Maternité, les ventouses scarifiées lui ont rendu les plus grands services dans la péritonite puerpérale, ainsi que les vésicatoires ; dans la pleurésie puerpérale, ces derniers calment la douleur et diminuent l'épanchement. En dehors de la cystite cantharidienne, on ne voit pas d'accidents graves.

⁂ MM. CORNIL et CARNOT établissent que les plaies de la vessie et de l'uretère se cicatrisent très rapidement à l'aide d'adhérences formées sur leurs bords par le grand épiploon. Après avoir lié l'uretère au catgut et fait une incision longitudinale d'un centimètre au-dessous de la ligature, l'uretère est non seulement cicatrisé. mais de nouveau perméable à l'urine au bout d'une douzaine de jours. La vessie, liée en son milieu au catgut et incisée sur 5 à 6 centimètres, se répare de la même façon, la nouvelle paroi étant constituée par l'épiploon.

⁂ M. ROCHE conclut d'une enquête qu'il vient de faire sur la cirrhose hépatique, qu'elle est due surtout à l'abus de l'alcool et qu'elle est exceptionnellement d'origine vineuse Dans ces derniers cas, il s'agissait de vins non plâtrés.

⁂ M. RICARD a extirpé un ostéosarcome du frontal chez une femme de 40 ans. Il recouvrit les méninges par l'os coxal d'un chien sacrifié au même moment. Cinq ans après, généralisation sarcomateuse, sans récidive locale. Une autre femme de 28 ans a été opérée pour un nez en lorgnette ; voici ce que fit M. RICARD : il pratiqua chez cette malade la résection du quatrième métatarsien droit et plaça cet os à la manière d'un arc-boutant dont l'extrémité supérieure était assise sur le frontal au-devant des os propres du nez atrophiés et dont l'extrémité inférieure repoussait en bas les parties molles du lobule du nez dans lequel elle s'implantait. Au bout de dix-huit mois, la greffe osseuse était complètement résorbée ; à sa place existait un épaisissements fibreux élastique avec un nez d'aspect normal. Les greffes osseuses vivantes, transportées dans l'organisme humain, sont donc bien tolérées ; elles peuvent persister ou se résorber laissant à leur place un tractus fibreux solide.

*** M. CHIPAULT assure que la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur du sympathique, présente de grands avantages dans l'épilepsie essentielle, l'idiotie et certaines maladies mentales.

A la **Société de Biologie**, M. APERT rapporte l'observation de trois angines causées par le tétragène. Dans un cas, il était pur ; l'angine revêt alors des caractères spéciaux au point de vue clinique. On dirait que la gorge a été saupoudrée de grains de sable, c'est une angine sableuse. Dans d'autre cas, le tétragène est associé à d'autres microbes à titre d'agent pathogène. Il est fréquent que ces angines s'accompagnent de manifestations pleurales

*** MM. TRIBOULET et COYON présentent le cœur d'un lapin mort d'asystolie aiguë au cours d'un état fébrile continu, vingt jours après injection dans la veine de l'oreille d'une culture du cocco-bacille en points doubles extrait par les auteurs de onze cas de rhumatisme. Les lésions de l'endocarde ressemblent à celles du rhumatisme aigu et ont amené un rétrécissement mitral Il existe en outre une pleurésie bilatérale ; le microbe se rencontre dans tous les viscères. M. APERT. de son côté, a ensemencé le sang dans deux cas de chorée avec endocardite. Dans un cas, il a rencontré un diplocoque à grains ovoïdes, prenant le Gram, paraissant identique à l'organisme de TRIBOULET.

*** MM. GILBERT et GARNIER proposent de désigner sous le nom d'anémie séreuse l'état succédant à la soustraction rapide d'une grande quantité de sérum condition réalisée par la ponction de l'ascite dans la cirrhose. Il se produit ainsi une hyperglobulie relative. L'augmentation des hématies peut aller jusqu'à deux millions ; ce phénomène est transitoire. L'anémie séreuse chronique, déterminée par les ponctions successives et rapprochées, est due à la déperdition de matières albuminoïdes ; c'est un état cachectique spécial qui peut conduire à la mort.

*** Les mêmes auteurs et M. FOUPINEL montrent des radiographies d'un acromégalique du type massif. Au niveau des mains, on constate l'hypertrophie des parties molles et l'écartement en éventail des métacarpiens, l'augmentation énorme des épiphyses et des irrégularités osseuses. Mêmes lésions aux pieds. On y voit de plus la diminution de l'opacité aux rayons RÖNTGEN de l'extrémité antérieure des métatarsiens. Le thymus semble hypertrophié.

M. COURMONT répond aux objections de M. LEMOINE dans une séance récente en rappelant que le microbe dont il s'est servi est un streptocoque provenant d'un érysipèle humain. Les questions de morphologie doivent céder le pas aux résultats de l'expérimentation animale.

*** MM. DASTRE et FLORESCO ont trouvé dans la bile de l'homme et de divers animaux une substance qui donne au spectroscope les quatre bandes de la chlorophylle. La chlorophylle biliaire serait une variété de biliverdine. On sait d'ailleurs que M. WERTHEIMER a fait voir que, lorsqu'on injecte de la chlorophylle, elle s'élimine par la bile.

*** MM. DEMONS et BEGOUIN étudient l'entrée de l'air dans les veines ; le ventricule droit se remplit d'air, sans que celui-ci dépasse l'artère pulmonaire. Si on ponctionne ce ventricule. l'animal survit. Il semble que la mort soit due à l'arrêt du cœur.

M. LABORDE dit qu'on observe d'habitude des bulles d'air dans les artères cérébrales de la base.

*** M. YVON montre une série de photographies obtenues en appliquant sur les plaques sensibles placées dans le bain révélateur la paume de la main d'un cadavre maintenu à 37°. Les figures sont identiques à celles obtenues par LUYS et interprétées par lui comme traduisant l'existence d'effluves vitales.

MM. SABRAZÈS et JOLY ont isolé du vaccin de génisse un nouveau streptothrix.

*** MM. GLEY et CAMUS font une communication sur les variations de l'isotomie du sang après inoculation du sérum d'anguille.

*** MM. ACHARD et WEIL injectent du glycose sous la peau et le recherchent dans l'urine, afin d'évaluer la glycolise générale. Chez les sujets sains, 10 gr. n'amènent pas de glycosurie ; mais, chez deux diabétiques. celle-ci a augmenté avec une injection de 2 gr. 50. Chez 5 arthritiques obèses, une glycosurie légère est survenue ; ils se rapprochent des diabétiquess par l'insuffisance glycolitique de leurs tissus

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. TROISIER cite un diabétique urinant 17 litres par jour avec un kilogramme de sucre et 2 gr. 4 d'albumine. Chez lui, le bleu de méthylène s'élimine normalement. M. ACHARD admet néanmoins dans ce cas la possibilité de légères lésions anatomiques, non décelables par l'épreuve du bleu.

*** MM. TROISIER et DECLOUX ont observé une phlébite de la jambe à la suite d'une angine à streptocoques chez un garçon de dix-neuf ans.

*** MM. CHANTEMESSE et MARINESCO communiquent une note se résumant ainsi : dans les cellules nerveuses

des animaux qui ont reçu simultanément de la toxine tétanique et de l'antitoxine, on ne constate qu'une légère ampliation du corps cellulaire, du noyau et du nucléole. Il n'y a pas de véritables lésions : néanmoins, l'immunité contre le poison tétanique se traduit anatomiquement par des modifications cellulaires nerveuses appréciables.

A la **Société de thérapeutique,** M. Gallois préconise l'emploi des gelées à l'agar-agar dans les maladies de la peau, spécialement dans l'érysipèle Il y ajoute du sublimé et arrive ainsi à maintenir un médicament fixé sur la peau sans l'intervention d'aucun pansement encombrant ou incommode. Le même praticien a fait faire aussi des gelées à l'oxyde de zinc pour les eczémas non suintants.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un nouveau cas de méralgie paresthésique

Par le docteur **Ingelrans** (de Lille)

Depuis les communications presque simultanées de Bernhardt (*Neurologisches Centralblatt*, 15 mars 1895) et de Roth (*Revue de médecine russe*, 1er avril 1895), le syndrome nerveux qu'ils décrivaient sous le nom de méralgie paresthésique a été retrouvé bon nombre de fois. Le dernier travail paru sur ce sujet, à notre connaissance, est celui de Sabrazès et Cabannes (*Revue de médecine*, novembre 1897). Dans cet exposé général, ces auteurs accusent à cette date soixante-deux cas publiés ; il faut les porter à soixante-sept avec ceux qui ont été apportés par Abastante au dernier Congrès de Moscou. Il n'entre pas dans notre esprit de reprendre cette question ; les mémoires que nous venons de citer la mettent au point de la meilleure façon. Nous voulons simplement en rapporter un nouveau cas que nous venons d'observer. Il n'offre rien de spécial, mais ce syndrome est encore assez peu connu, pour qu'on doive, croyons-nous, indiquer les faits nouveaux qui se présentent.

15 janvier : M. X..., négociant, 54 ans, vigoureux et bien portant, de tempérament arthritique, se plaint d'éprouver depuis deux mois, à la région externe de la cuisse droite, des sensations anormales. Il n'y a rien d'autre à noter dans son état de santé qu'une légère attaque de goutte survenue il y a deux ans et qui n'est plus reparue à la suite d'une hygiène convenable. M. X .. est obligé, pour ses affaires, de rester plus souvent debout et de marcher davantage depuis quatre mois. Ce renseignement étiologique nous paraît insuffisant pour expliquer ce qui se passe. — A partir de la Toussaint environ, le tégument des deux tiers inféro externes de la cuisse droite lui semble n'être plus le même qu'avant, en même temps qu'une sensation de froid subjective existe à ce niveau. C'est là tout ; ni la marche, ni le repos n'influencent cette paresthésie persistante et toujours localisée au même endroit. Quand on lui demande d'indiquer les limites exactes entre lesquelles existe cette sensation, il la fait partir de quelques travers de doigts en dessous du grand trochanter jusqu'au condyle externe du fémur, et de la ligne médiane de la cuisse en avant jusqu'au tendon du biceps en arrière.

La vue montre la peau tout à fait normale dans ce territoire ; pas d'amyotrophie. Il n'y a rien qui rappelle la névralgie sciatique.

Le contact est beaucoup moins bien perçu que partout ailleurs ; il éveille aussi une sensation différente non déterminable. La sensibilité thermique est affaiblie : par contre la sensibilité au pincement, à la piqûre est manifestement exagérée. Ces perversions se passent dans les limites sus-indiquées et nulle part en dehors de la zone du nerf fémoro-cutané.

M. X... sent le frottement du pantalon contre la peau, mais d'une manière bizarre et qui attire son attention : sa cuisse lui paraît froide et morte en cet endroit.

La pression du fémoro-cutané au niveau de l'échancrure innominée n'est pas douloureuse.

Nous ne voyons aucune cause capable d'expliquer cette paresthésie : ni choc, ni compression, ni maladie générale. L'urine ne contient ni sucre, ni albumine.

Les choses restent actuellement en état, sans amélioration, sans aggravation. Somme toute, cela inquiète fort peu M. X... qui nous en parle pour savoir ce qu'il a, et sans y attacher d'importance.

Le diagnostic de méralgie paresthésique ne nous paraît pas douteux ici. Qu'on nous permette seulement d'en rappeler quelques observations pour montrer à quel point notre cas s'en rapproche.

Luzenberger (*Neurolog. Centralbl.* 1896, p. 1026) publie son auto-observation. Il y a 5 ans, il s'est fait une contusion de la cuisse gauche qui disparut après quelques jours. Il y a huit jours, après une amygdalite, apparition à ce niveau d'une sensation particulière sur une étendue de la largeur d'une assiette. A deux travers de doigt en dehors de la ligne médiane, à 7 centimètres au-dessus de la rotule et à 24 centi-

mètres de la crête iliaque, se trouve la surface malade, limitée en arrière par une ligne allant du grand trochanter à la tête du péroné. La cuisse lui semble être entourée d'une bande à ce niveau. Les frottements du pantalon donnent comme un pincement diffus de la région. Hyperesthésie au toucher et à la piqûre.

Bernhardt (*Revue neurologique*, n° 22, 30 novembre 1895) cite une femme de 29 ans, arrivée au septième mois de sa grossesse ; elle accusait de la paresthésie et quelquefois des douleurs à la face externe de la cuisse droite. La peau lui semblait être plus épaisse à cet endroit. Aucun trouble objectif de la sensibilité.

Bellot (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, septembre 1895), rapporte l'observation d'une femme de 48 ans, atteinte d'engourdissement de la région antéro-externe de la cuisse gauche. La sensation de contact est amoindrie et un peu aussi la sensibilité thermique. A la suite de frictions à l'alcool camphré et de bains sulfureux, l'engourdissement s'est amélioré, mais non les troubles sensitifs.

Le premier malade vu par Bernhardt en 1878 se plaignait d'une sensation difficile à caractériser à la partie supéro-externe de la cuisse droite, du grand trochanter au condyle externe.

La première observation de Roth (*Meralgia paresthetica* Berlin, 1895) est celle d'un homme de 41 ans qui, après une marche, ressentit une douleur vive à la région antéro-externe de la cuisse gauche. Actuellement, il a un engourdissement dans le territoire innervé par le fémoro-cutané gauche, dans une zone limitée par le tiers supérieur de la cuisse en haut, le tendon rotulien en bas ; en avant la ligne médiane de la cuisse et la région du nerf sciatique en arrière. Hypoesthésie. Après six séances d'électrisation, le rayon de l'anesthésie et l'intensité des symptômes ont diminué.

On pourrait citer ainsi les histoires de tous les sujets qui se ressemblent fort. Celles que nous avons choisies se rapprochent le plus de la symptomatologie, d'ailleurs bien simple, que nous avons observée pour notre part. Elles nous font voir que les inventeurs eux-mêmes du syndrome ont considéré des cas analogues au nôtre comme rentrant dans le cadre de l'affection qu'ils ont décrite et par conséquent leur autorité justifie notre diagnostic. Mais il faut savoir que fréquemment les troubles sont plus importants, et comme la revue de Sabrazès et Cabannes résume l'état de nos connaissances sur ce sujet, on nous permettra de rappeler ici leurs conclusions.

Dans la forme typique de l'affection, les malades, qui sont de préférence des hommes, éprouvent une sensation anormale dans le domaine de la branche fémorale du nerf fémoro-cutané et exceptionnellement dans celui de la branche fessière. On sait que cette branche fémorale innerve les téguments de la région antéro-externe de la cuisse depuis le grand trochanter jusqu'au condyle externe (1).

Il s'agit tantôt d'un malaise dans ce territoire, tantôt d'un tiraillement profond. Il en est qui ont l'impression d'une peau morte ; le plus souvent c'est de l'engourdissement. La cryesthésie a été notée par Roth, mais elle est loin d'être la règle. A cette paresthésie peuvent s'ajouter des accès douloureux, qui naissent à la suite de la marche, de la station debout, du frottement du pantalon ; les malades accusent alors des picotements, une brûlure ou des fourmillements, ne dépassant jamais la zone du fémoro-cutané. Ces accès douloureux peuvent faire défaut, mais c'est rare.

La zone paresthésique peut aller de l'épine iliaque au condyle externe et de la ligne médiane antérieure de la cuisse au territoire d'innervation du sciatique, ou bien ne comprendre qu'une ou plusieurs plaques circonscrites dans ces limites. Elle est quelquefois bilatérale.

La sensibilité est ordinairement diminuée dans ses diverses modalités, souvent l'hypoesthésie n'existe qu'au contact ou à la piqûre. D'autres fois, il y a hyperesthésie ou hyperalgésie. On note fréquemment des altérations de la sensibilité thermique.

L'affection, dans le plus grand nombre des cas, est exclusivement locale. Rarement elle est maxima d'emblée ; souvent elle est de longue durée ; dans deux cas cependant, tout est rentré dans l'ordre au bout de trois mois. La flexion de la cuisse sur le bassin arrête pour un moment les douleurs. Le repos surtout agit bien. Freud rapporte l'histoire d'une névralgie du fémoro-cutané qui amena un de ses confrères de Wandsbeck à pratiquer une névrectomie, suivie de guérison. Le nerf était dévié de trois centimètres en dehors de l'épine iliaque. A ce sujet, on s'est demandé si la compression de la ceinture du pantalon n'aurait pas pu suffire à enflammer ou à luxer ce nerf (*Neurologisches Centralblatt*, 1er juin 1895). Il n'en reste pas moins qu'en fait d'étiologie, l'on n'est guère avancé. L'âge va de vingt-huit à cinquante-huit ans. Toutes les professions figurent dans la statistique, à commencer par les menui-

(1) Roth a admis l'existence, à côté de la méralgie externe, la plus commune, d'une méralgie antérieure occupant les branches cutanées du crural. Les exemples en sont fort rares et peu explicables : c'est parmi eux qu'il faut ranger celui que Féré vient de publier dans la *Médecine moderne* (22 janvier) alors que cette note était rédigée.

siers pour finir par les médecins qui tiennent la tête, sans doute parce que leur attention est attirée de ce côté et qu'ils peuvent mieux s'observer. La station debout prolongée, la marche, le traumatisme et les frottements répétés dans la sphère du nerf paraissent assez souvent devoir être mis en cause ; viennent ensuite les attributions étiologiques les plus diverses, du scorbut au tabes, et de la syphilis à l'amygdalite. C'est dire qu'il ne s'agit que de coïncidence.

Le diagnostic peut être assez épineux quand les traits de l'affection sont peu nets. La claudication intermittente d'origine artérielle, la coxalgie, la névralgie sciatique ou crurale, les topoalgies hystériques ou neurasthéniques seront éliminées aisément si l'examen du sujet est correctement pratiqué.

Pour SABRAZÈS et CABANNES, la méralgie paresthésique n'est nullement une entité nosologique, mais un syndrome lié à une altération quelconque du fémoro-cutané. Si sa physionomie diffère des troubles habituels d'ordre névritique, cela tient au trajet et à la situation du nerf ; il passe d'abord dans le grand psoas, muscle important pour la marche, il se place ensuite sur le rebord de l'échancrure innominée et côtoie enfin le tenseur du fascia lata. A tout instant par conséquent il peut être tiraillé ou comprimé. De là à une névrite plus ou moins profonde, il n'y a qu'un pas.

BERNHARDT croit à une névrite due à une maladie infectieuse, à une intoxication ou au froid. ROTH est porté à faire jouer un rôle aux phénomènes congestifs des vasa-nervorum chez les sujets hémorroïdaires et variqueux. « La lésion anatomique la plus forte que nous puissions supposer, dit-il, est un certain degré de para ou de périnévrite. »

D'autre part, DEVIC (*Province médicale*, 29 juin 1895), fait observer que si le nerf était profondément atteint, on trouverait parfois des troubles trophiques, ce qui n'a pas lieu. Cet auteur met en cause la périostite du bord antérieur de l'os iliaque.

DOPTER (*thèse de Lyon*, 1896-97, n° 3) rapporte la méralgie à une influence congestive incontestable jointe à une disposition anatomique spéciale à la région. Cette disposition consisterait en un état de tension du nerf fémoro-cutané ; il est, en effet, des cas où il est relâché, d'autres où il est presque tendu.

Le traitement consiste en massage et frictions alcooliques ou térébenthinées. On a vu plus haut un fait avec intervention chirurgicale.

Du décollement du pavillon de l'oreille et de l'incision du conduit, comme voie d'accès pour l'extraction des corps étrangers de la caisse.

Par le Dr **H. Gaudier**, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté

L'extraction de corps étrangers profondément enclavés au fond du conduit auditif, ou dans la caisse du tympan, étant dans certains cas particulièrement difficile, on comprend que de tout temps, on ait essayé de tourner la difficulté, en se créant une voie plus accessible à l'œil et à l'instrument.

En effet l'incision du conduit auditif cartilagineux, et du pavillon, étaient déjà recommandée par PAUL D'EGINE (1) et d'autres anciens médecins, pour l'extraction de corps étrangers profondément engagés. Depuis, cette méthode opératoire a été tour à tour employée et rejetée : rejetée par FABRICE D'AQUAPENDENTE, LESCHEVIN, ITARD, admise par DU VERNEY, qui louait le procédé, « parce qu'on esquive ainsi l'obliquité du conduit auditif » ; par RÖLTSCH (2), qui se prononce en sa faveur pour des raisons anatomiques ; par SCHWARTZE (3), qui en donne une bonne description ; par ISRAEL (4), par LANGENBECK, qui a réussi de cette manière à extraire un bouton de la caisse, et depuis par tous les chirurgiens contemporains.

MANUEL OPÉRATOIRE. — Le malade étant soumis à la narcose chloroformique, son oreille bien éclairée (si l'on peut disposer de l'éclairage électrique frontal, cela n'en vaudra que mieux), et toutes les précautions antiseptiques d'usage prises (région rasée et savonnée, conduit obturé avec un tampon de gaze iodoformée, et, s'il est rempli de fongosités, débarrassé préalablement d'un coup de curette et tamponné), le chirurgien fait une incision arciforme, parallèlement à la ligne d'insertion du pavillon de l'oreille, et à 2 millimètres en arrière environ. Cette incision doit être fortement prolongée en avant, et s'arrêter en bas à la pointe de l'apophyse mastoïde. Les vaisseaux sont pincés et liés au fur et à mesure.

L'opérateur ne doit pas s'étonner de la quantité de sang que donne le premier coup de bistouri, et savoir que cette hémorrhagie cesse presque complètement dès que l'incision est arrivée jusqu'à l'os.

(1) PAUL D'EGINE. Lib. VII, cap. 23, 24, p. 183.
(2) Krankheiten des Gehororganen, p. 177.
(3) Maladies chirurg. de l'oreille. Traduction française, T. 2, p. 23.
(4) Berlin. Klin. Wochenschr., 1876, 10 avril.

Aussi ai-je l'habitude d'employer pour cette incision un fort bistouri à résection, et de la faire d'emblée aller jusqu'à l'os.

Un tamponnement serré à la gaze (toujours préférable à l'ouate dans l'oreille) arrête vite le saignement et permet de faire l'hémostase en toute sécurité.

Si, complication fréquente d'un corps étranger profond, il y avait déjà des phénomènes d'abcès sous-périosté, un bon coup de curette chemin faisant, nous débarrasse des fongosités, et nous montre l'os sous-jacent.

Le périoste ayant été bien incisé, il faut avec une rugine courbe refouler le périoste (lèvre antérieure) vers le conduit, en suivant bien les contours de l'os ; ce pendant que l'aide attire à lui le pavillon de l'oreille, et avec un écarteur profondément situé vous donne le plus de jour possible.

Lorsque le périoste a été bien récliné, on doit apercevoir alors la région supérieure et postérieure du conduit osseux, comme sur le squelette.

A ce moment on incise, d'un coup de ciseau tenu horizontalement, le conduit cartilagineux, bien tendu par l'aide (et que souvent je fais bomber au moyen d'un tampon de gaze iodoformée). Cette incision ne doit comprendre que les deux tiers de la circonférence du conduit qui doit adhérer encore par son tiers antérieur. Le pavillon à ce moment est encore plus ramené en avant, la béance maintenue avec un petit écarteur, et l'on peut examiner le tympan que l'on a absolument sous les yeux, au fond d'un entonnoir musculo-membraneux, où la main peut manœuvrer en toute sécurité.

Il est alors facile de nettoyer le fond du conduit, de tamponner la caisse, de rechercher avec un stylet le corps étranger, et de l'extraire facilement.

Deux cas peuvent se présenter.

I. — Le corps étranger est dans la caisse, — il y a une large perforation — c'est un corps facilement saisissable. Dans ce cas une petite pince, un crochet mince, parviendront facilement à faire sortir le corps étranger. Dans quelques cas même, on trouvera grand avantage à se servir d'une injection tiède, qui ramènera dans ses remous le corps étranger.

Dans toutes ces manœuvres, il faut un excellent éclairage, et surtout une délicatesse de main extrême, pour ne pas aller blesser le promontoire. On a enfin signalé, causées par des manœuvres brutales, des syncopes sous-chloroformiques, à point de départ auriculaire, réflexe ;

II. — Le corps est enclavé dans la caisse et près de l'*aditus ad antrum* ; c'est le cas de fragments de chaînes, ou de corps allongés.

Dans ce cas, la voie tympanale n'est pas suffisante, il faut plus de jour, et si des manœuvres douces n'ont pas suffi à désenclaver le corps étranger, presque toujours métallique, il faut se faire plus de voie en enlevant la paroi postéro-supérieure du conduit par la méthode de Stacke.

Pour cela, armé d'une gouge oblique, et ayant au préalable introduit par la caisse du tympan, dans l'antre, un protecteur, tige coudée en forme de S qui doit protéger le facial et les canaux semi-circulaires, contre les manœuvres qui vont suivre, l'opérateur, à petits coups de marteau, enlève la lame osseuse constituant les parois inférieure et externe de l'attique, et qui représente en même temps la paroi supérieure et postérieure du conduit. L'orifice de l'antre est alors mis à nu. On a beaucoup plus de jour et le corps étranger est facilement enlevé.

Si, cependant, il résistait encore, enclavé dans les osselets, il faudrait se résigner à un sacrifice nécessaire, c'est-à-dire enlever les osselets, partiellement ou en totalité, en commençant par le marteau.

Cette large voie d'accès permet, le cas échéant, de faire, dans l'hypothèse d'une suppuration ancienne, ou d'accidents aigus, le curettage de la caisse, ou même des cellules mastoïdiennes, au moyen d'une cuiller tranchante maniée avec précaution, mais énergie.

Soins consécutifs.— Dans l'un ou l'autre cas, voici les soins consécutifs tels que nous les pratiquons à la Clinique.

Après extraction du corps étranger, et la caisse ayant été bien nettoyée au moyen de petits tampons de gaze iodoformée, nous faisons une instillation de quelques gouttes d'eau oxygénée, qui fait à la fois l'hémostase et l'antisepsie.

Puis le conduit ayant été bien nettoyé, les fongosités, s'il y en a, bien curettées, le pavillon est replacé en sa position normale, et la direction du conduit assurée par un tamponnement à la gaze, bien serré.

Quatre points de suture profonds, et un petit drain, assurent la réunion de la partie postérieure de l'incision cutanée. Pansement compressif comprenant

toute la région mastoïdienne et auriculaire. Il ne faut jamais faire de lavages par le conduit les jours qui suivent, mais se contenter d'instillations antiseptiques, telles que l'eau oxygénée, et faire un tamponnement modéré à la gaze iodoformée.

10 ou 12 jours après l'opération, il faudra, au moyen de l'otoscope, examiner le fond du conduit et la caisse, et réprimer énergiquement, au moyen du nitrate d'argent, la production de bourgeons charnus.

La durée du traitement dépend de l'état de l'oreille au moment de l'intervention.

Si l'oreille n'est pas infectée, et si le traumatisme opératoire se réduit au décollement du pavillon et à l'incision du conduit, il est bien certain que dans l'espace de 20 à 30 jours tout sera guéri.

Si, au contraire, l'oreille est infectée, si on opère plutôt pour des symptômes graves de propagation mastoïdienne infectieuse, il faudra beaucoup plus de temps pour parachever la guérison, et compter d'un mois et demi à deux mois de soins et de pansements incessants.

Indications et contre-indications. — Le décollement du pavillon et l'incision du conduit doivent être pratiqués dans deux cas bien différents.

1° Les méthodes ordinaires d'extraction des corps étrangers du conduit et de la caisse, n'ont donné aucun résultat (extraction instrumentale, ou seringuage à l'eau tiède) ; le corps étranger a même été refoulé en haut de la caisse par des manœuvres antérieures. L'oreille n'est pas infectée.

2° L'oreille est infectée. Le conduit est tuméfié, impraticable : il y a un écoulement purulent, souvent fétide ; il y a de la fièvre des *phénomènes oculaires*, stase papillaire, névrite optique ; il y a de la *paralysie faciale*. C'est une indication fondamentale ; et dans ce cas, l'intervention est aussi urgente qu'une kélotomie au cours d'une hernie étranglée.

Les contre-indications n'existent pour ainsi dire pas.

A l'appui de la valeur de cette intervention, nous publions l'observation suivante, qui date de trois mois, et que nous relevons parmi d'autres :

Observation. — *Corps étranger de la caisse et de l'antre. Phénomènes graves. Paralysie faciale. Extraction. Guérison.*

Un de nos confrères de Tourcoing nous envoie, au commencement de novembre 1897, un petit garçon de 5 ans, avec le diagnostic de corps étranger métallique (œilleton de bottine) de l'oreille droite.

Cet enfant a été déjà endormi par deux fois, 15 jours auparavant. Les manœuvres ont été vaines, quoiqu'instrumentales : pinces, crochets.

Depuis ce temps-là, l'oreille suppure, l'enfant souffre, a du torticolis à droite et présente de la paralysie faciale du même côté.

A l'examen, on constate que le conduit, tuméfié, ne laisse rien voir de la région tympanique. L'écoulement est fétide, et la paralysie faciale des plus nettes. La traction sur le pavillon de l'oreille est douloureuse et la pression sur la mastoïde pénible.

Devant ces symptômes généraux (il y avait de la fièvre), et malgré l'avis d'un des médecins traitants qui croyait que le corps étranger avait été éliminé, et qui n'avait pas vu la paralysie faciale, je décide l'intervention immédiate.

Opération comme il a été indiqué plus haut. Le tympan est presque complètement détruit : le marteau luxé est refoulé en haut et en avant. On ne voit pas, après tamponnement, de corps étranger.

Cependant avec le stylet on a un contact métallique en haut et en arrière, dans la direction de l'antre. Je fais sauter la paroi osseuse supérieure du conduit ; et je découvre le corps étranger, entouré de fongosités à cheval entre la caisse et l'antre. Il y a un œillet et un bouton métallique arrondi. Extraction au moyen d'un crochet coudé à angle droit.

Badigeonnage de la caisse au naphtol camphré. Le pavillon est rabattu et le conduit et la caisse largement drainés au moyen de gaze iodoformée. Sutures.

Les pansements ont été faits tous les 2 jours pendant près de 2 mois : la paralysie faciale a disparu dans les 15 jours qui ont suivi l'intervention.

A l'heure actuelle : il existe un peu de sténose cicatricielle du conduit, en virole, au niveau de l'incision du conduit cartilagineux. Il y a une large cicatrice tympanique ; le manche du marteau est un peu déjeté en arrière et en avant. Surdité moyenne. Rinne positif, mais diminué pour le conduit. Montre entendue à 50 centimètres.

A côté de cette observation, nous pourrions en citer une autre, celle d'une petite fille, amenée 2 mois après le début des accidents, avec un fragment de porcelaine dans la caisse. Il existait de la pneumonie double et un abcès du cerveau ; l'intervention permit de retirer le corps étranger, la mastoïde fut ouverte, et l'abcès extra dure-mérien drainé ; mais l'enfant mourut dans les 3 jours, ayant d'ailleurs supporté très bien une heure de chloroforme, des suites de ses lésions pulmonaires et de son infection généralisée.

Ce sont en somme des interventions rares, mais qui le seraient encore bien plus si tout médecin savait extraire un corps étranger du conduit, et par des manœuvres souvent maladroites ne refoulait le corps dans la caisse, ce qui est le point de départ des accidents pour lesquels on est appelé à intervenir chirurgicalement.

Avec un peu de patience, une seringue d'eau tiède et de la douceur, on peut en effet venir à bout de tous les corps étrangers du conduit.

FAITS CLINIQUES

Kyste dermoïde de l'ovaire droit prolabé dans le cul-de-sac de Douglas. — Extirpation par le vagin.

Par le docteur **L. Dubar**, professeur de clinique chirurgicale

Vers la mi-février 1896, nous recevons dans le service, salle Sainte-Ursule, n° 6, Mme Sidonie M..., 32 ans, qui nous est adressée par un confrère pour une salpyngite.

C'est une femme dont la nervosité naturelle s'est accentuée depuis environ deux ans. Elle a, sans lésions cardiaques, de fréquentes et pénibles palpitations; elle présente de la céphalalgie et quelquefois de l'obscurcissement de la vue; d'ailleurs, à part ces troubles nerveux, bien portante, assez bien réglée, d'un appétit moyen. Elle a eu quatre enfants, le dernier à 26 ans, et une fausse-couche. Elle se plaint de souffrir, depuis environ deux ans, de douleur dans le ventre; ces douleurs, intermittentes et paroxystiques, débutent par une sensation de tiraillement dans la partie inférieure de l'abdomen; bientôt s'y joignent des irradiations douloureuses dans les lombes et les membres. Ces douleurs s'accompagnent d'insomnies. Aucun trouble n'est relevé du côté de la vessie et du rectum.

J'examine la malade : je ne constate aucune douleur à la palpation dans la partie inférieure du ventre, si ce n'est sur la ligne médiane derrière les pubis.

Le toucher vaginal permet de sentir immédiatement derrière le pubis un col normal, seulement refoulé par une tuméfaction située dans le cul-de-sac postérieur. La palpation abdominale, jointe au toucher vaginal, fait constater l'existence d'une tumeur assez tendue, nettement fluctuante, de la grosseur d'une orange, peu douloureuse au toucher.

De quelle nature est cette tumeur liquide? S'agit-il d'un pyosalpynx ou d'un hématosalpynx prolabé dans le cul-de-sac? S'agit-il d'une hématocèle véritable? Mais la malade a un état général excellent; elle est sans fièvre, elle n'a eu aucune suppression de règles récente ni aucun trouble de la menstruation. Nous exprimons la pensée que ce pourrait être un kyste prolabé dans le petit bassin, tout en faisant des réserves, bien entendu. En tous cas, l'opération est décidée et nous choisissons la voie vaginale, en raison de la situation de la tumeur et de son volume.

L'opération est faite le 28 février. Le cul-de-sac postérieur est incisé jusqu'au péritoine et nous mettons à découvert une poche d'aspect gris nacré. Il est impossible de l'attirer telle quelle au dehors. Une ponction amène l'issue d'un liquide jaunâtre avec quelques magmas blanchâtres. Bientôt la canule se bouche; elle est retirée et nous voyons sortir par l'ouverture une petite mèche de cheveux très fins. Enfin, la tumeur est suffisamment réduite pour être attirée en bas. Son pédicule est saisi avec une pince de Doyen et la poche extirpée. La pince est laissée à demeure deux jours et est retirée le 1er mars. Les suites opératoires sont tout à fait régulières. La guérison est obteue en quinze jours sans incident.

La tumeur kystique, qui nous a paru appartenir à l'ovaire droit, avait des parois très épaisses. Son contenu était un liquide graisseux et une forte touffe de poils. La paroi, examinée au microscope, présentait tous les caractères du tissu dermique avec des glandes et des follicules pileux.

Hôpital de la Charité. -- Service de M. le professeur DUBAR

Hernie ombilicale étranglée par vive arête. — Kélotomie. — Guérison.

par M. le Dr **Potel**, chef de Clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité.

Louise B..., 57 ans, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Dubar, le 1er décembre 1897, pour une hernie ombilicale étranglée. L'interne de service, M. Coorevits, me fait appeler d'urgence.

Voici les renseignements donnés par la malade.

La hernie ombilicale remonterait à son troisième accouchement, il y a 23 ans. Elle était grosse comme un œuf de poule. Jamais cette hernie, d'ailleurs facilement maintenue par un bandage de flanelle, ne lui donna la moindre douleur.

Les selles ont toujours été régulières. La malade présente en outre une hernie inguino-interstitielle droite qui n'a pas davantage donné de signes inquiétants.

Il y a quatre jours, la malade, après avoir soupé assez copieusement, ressentit quelques nausées et fut prise de vomissement. Elle dit avoir vomi un ver rubané long d'environ trente centimètres. Sous l'influence d'un effort un peu violent, la hernie augmenta de volume et il fut impossible de la réduire.

Pendant trois jours, les vomissements continuèrent, verdâtres, porracés, sans odeur fécaloïde.

Le 1er décembre au soir, l'état empirant, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

La malade est un peu affaiblie. Le facies est bon. Le pouls rapide, mais pas trop dépressible.

La hernie ombilicale présente absolument la forme d'un as de cœur, pendu par la pointe. Les dimensions sont, dans le sens longitudinal, 10 centimètres; dans le sens transversal, 3 centimètres. Le pédicule n'a guère plus de 3 centimètres 5 de diamètre. Il est dur, douloureux à la pression.

La tumeur, rouge violacée, repose sur la partie inférieure de l'abdomen.

Le taxis avait déjà été pratiqué en ville. Je ne fis point de nouvelle tentative et pratiquai la kélotomie d'urgence.

A cause de la forme pédiculée de la tumeur, je ne

pratiquai point l'incision elliptique. Une incision longitudinale m'amena presque immédiatement sur l'épiploon complètement adhérent, sur la partie supérieure, et les parties latérales du sac herniaire. En bas on arrivait directement sur l'intestin, sans interposition d'épiploon. J'explorai l'anneau.

La portion inférieure formait une arête vive tranchante, sur laquelle l'intestin se trouvait à cheval. J'attirai l'intestin. Je vis alors que le bout supérieur de l'anse était normal sans stricture. Par contre, l'extrémité inférieure de l'anse présentait un demi anneau de striction, blanc verdâtre. Il s'agissait d'un étranglement par vive arête. Je sectionnai la bride fibreuse de la ligne blanche et je réintégrai l'intestin.

La dissection de l'épiploon adhérent fut assez laborieuse. J'enlevai environ un décimètre carré et libérai le reste. Résection de la peau. Suture des aponévroses par des fils de soie n° 3, points séparés. Suture de la peau aux crins de Florence.

La malade eut encore un vomissement la nuit, mais le lendemain les phénomènes s'amendèrent. La malade eut plusieurs selles.

Les suites opératoires furent excellentes. La malade sortit guérie trois semaines après l'opération.

Nous relatons cette observation parce qu'elle nous paraissait assez intéressante au point de vue anatomo-pathologique. Elle est en effet en complet désaccord avec l'opinion de Hofmokl (1). D'après cet auteur, chez l'adulte l'épiploon adhère à la portion inférieure de l'anneau. C'est au-dessus de lui que l'intestin glisserait et se couperait sur le bord supérieur tranchant du cintre ombilical.

Notre observation nous paraît au contraire venir à l'appui de l'opinion opposée de Lejars (1).

« Pour ma part, dit Lejars, j'ai toujours vu l'anneau occupé en haut par l'épiploon qui s'insinue tout naturellement sous son bord inférieur, c'est au-dessous de ce coussinet ou de cette couverture que l'intestin paraît, et c'est sur sa demi-circonférence inférieure qu'il prend l'empreinte, plus ou moins profonde, du pourtour ombilical. »

Notre observation est un exemple très net de ce mode d'étranglement.

(1) Hofmokl. Beitrage zur Herniotomie eingekleimmter Nabelbrüche. Wiener med. Presse 1881, 2.

(1) Lejars. La hernie ombilicale étranglée, Presse médicale, Paris 1896, 81.

VARIÉTÉS

Superstition macabre

Dans la Silésie autrichienne, on vient d'incarcérer un fossoyeur, qui faisait le commerce de graisse humaine. Naturellement il se fournissait de sa marchandise sur les cadavres qu'il était chargé d'enterrer ; le commerce se pratiquait d'une façon clandestine. Il a été découvert lors de l'arrestation d'un vagabond, qui portait sur lui en guise de fétiche un lot de graisse humaine enveloppée d'un morceau de papier, et qui en indiqua la provenance. Le fossoyeur a fait des aveux.

On voit que la superstition, et quelle superstition, fait encore des victimes dans des pays qui se disent et se croient des plus éclairés !

Cette histoire nous rappelle celle d'un garçon d'amphithéâtre qui vendait, fort cher, de petits pots de graisse humaine comme un remède souverain contre les rhumatismes. Mais, plus pratique que le fossoyeur Silésien, il achetait sa marchandise chez un charcutier et ne livrait à ses clients que de la graisse de porc.

Intérêts Professionnels

Une nouvelle et curieuse définition du délit d'exercice illégal de la médecine

On croyait jusqu'ici que le délit d'exercice illégal de la médecine résultait simplement du fait qu'un empirique prenait habituellement part au traitement des maladies. Or, d'après un récent jugement du tribunal correctionnel de Grenoble, ce fait seul ne serait pas suffisant pour constituer le délit en question : il faudrait, en plus, que la personne qui demande des soins fut réellement malade. En d'autres termes, les deux éléments essentiels qui constituent le délit d'exercice illégal de la médecine sont *un traitement* et *une maladie*. C'est là une nouvelle définition qui, si elle a le mérite de la nouveauté, va manifestement à l'encontre de la loi.

En attendant l'arrêt de la Cour d'appel devant laquelle l'affaire a été portée par le ministère public, nous donnons ci-dessous le texte du jugement rendu par le tribunal correctionnel de Grenoble :

« Attendu que la prévention qui reproche au curé Cuillerée d'avoir commis le délit d'exercice illégal de la médecine est basée sur les témoignages des témoins Pelloli et Pugnoud ;

» Attendu que le premier de ces témoins soutient que le 31 mai 1897, il s'est présenté chez Cuillerée en lui faisant connaître qu'il était souffrant et lui a demandé de l'ausculter et d'instituer le traitement que son état comportait ; que le prévenu lui a remis une ordonnance à laquelle il déclare n'avoir rien compris et dont, en tout cas, il n'a pas tenu compte ; que le 16 juin il s'est rendu de nouveau à Mens pour consulter le prévenu qui lui a prescrit de continuer le traitement primitivement appliqué ;

» Attendu que Pugnoud, qui est le gendre de Pelloli, s'est présenté chez le prévenu également le 31 mai, disant qu'il avait un point de côté ; que Cuillerée, après l'avoir ausculté, lui a délivré une ordonnance et lui a dit de revenir quinze jours après ; qu'il est retourné à Mens le 14 juin en compagnie de son beau-père ; que le curé lui a recommandé de s'en tenir à la première ordonnance dont il n'a également pas suivi les prescriptions ;

» Que l'un et l'autre des témoins ont déclaré avoir offert une rétribution au curé, qui a accepté à chaque visite la somme de deux francs ;

» Attendu que les témoins ont déclaré au surplus, à l'audience, qu'ils étaient envoyés auprès du curé de Mens par le Syndicat médical du Sud-Est, et à ses frais, dans le but de permettre audit syndicat, auquel devaient être remises et ont été remises les ordonnances délivrées par le prévenu, d'établir les agissements de ce dernier ; qu'ils ont soutenu néanmoins, l'un et l'autre, à l'audience, qu'ils étaient réellement malades lors de leurs visites des 31 mai et 14 juin ;

» Attendu que de son côté le prévenu a reconnu qu'il n'avait aucun diplôme lui permettant d'exercer la médecine ; que s'il a nié avoir ausculté, soit Pelloli, soit Pugnoud, il a néanmoins avoué qu'il les avait accueillis, à différentes reprises, comme des malades et que, les croyant tels, il leur avait délivré, à l'un et à l'autre, une ordonnance instituant un traitement ;

» Mais qu'il a fait plaider qu'en l'espèce, la perpétration du délit lui avait été rendue impossible, par ce fait qu'il serait actuellement démontré que les deux témoins produits n'étaient, aux dates où ils se sont présentés à lui, atteints d'aucune affection de nature à motiver un traitement ;

» Attendu qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, exerce illégalement la médecine celui qui, non muni de diplôme et en dehors des cas d'urgence, prend part habituellement, par une direction suivie, au traitement des maladies ;

» Attendu qu'il résulte de ce texte que les deux éléments qui constituent essentiellement le délit qu'il a entendu réprimer sont un traitement et une maladie ; qu'il est constant que le prévenu a institué, à l'égard de Pelloli et de Pugnoud, un traitement médical, mais qu'une maladie n'existait ni chez l'un ni chez l'autre ;

» Attendu, en effet, que si, à l'audience, ces deux témoins ont déclaré qu'ils étaient atteints des affections qu'ils ont signalées au prévenu, il résulte néanmoins pour le tribunal la conviction absolue que ces déclarations ne sont pas sincères et qu'en réalité ils se savaient, lors de leurs visites à Mens, indemnes de toute affection ; que tout d'abord il convient de considérer que Pugnoud a déclaré formellement au commissaire de police qu'en se présentant au curé Cuillerée « il n'était pas plus malade qu'aujourd'hui, c'est-à-dire pas du tout » ; qu'ils ont l'un et l'autre déclaré qu'ils n'avaient tenu aucun compte de l'ordonnance; qu'au surplus la mission dont ils avaient été chargés par le Syndicat, dont l'un d'eux a reconnu être le dénonciateur habituel en vue de ces sortes de poursuites, et leur attitude embarrassée à l'audience ne permettent nullement d'ajouter foi à leurs déclarations évidemment intéressées ; que dans ces conditions il est constant que Pelloli et Pugnoud, seuls témoins produits dans les poursuites, n'étaient atteints, en réalité, d'aucune maladie ;

» Que, d'autre part, il est inadmissible que la loi ait pu viser, comme on l'a soutenu, non seulement le traitement des affections réellement existantes, mais encore et même celui des maladies simulées ;

» Qu'ainsi l'un des éléments constitutifs du délit, savoir : une maladie faisant défaut en l'espèce, l'infraction reprochée au prévenu n'a pu être consommée, faute d'objet ; qu'il y a lieu, en conséquence, de renvoyer le prévenu des fins de la poursuite intentée contre lui par le ministère public. »

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE LILLE

NOMINATIONS

Par arrêté ministériel du 26 janvier 1898, M. Deroide, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques de pharmacie (emploi nouveau).

M. Deroide continuera, provisoirement, à diriger le laboratoire des cliniques.

— Par arrêté ministériel en date du 28 janvier 1898, M. Carette, pharmacien de 1re classe, est nommé chef des travaux pratiques de chimie organique (emploi nouveau).

SOUTENANCES DE THÈSES

M. Petit (E.-A.-A.), de Cassel (Nord), a soutenu, le 29 janvier, sa thèse inaugurale (5e série, n° 66) intitulée : **Des greffes osseuses hétéroplastiques.**

M. Fichaux (M.-F.-J.), d'Haubourdin (Nord), a soutenu, le 31 janvier, sa thèse inaugurale (5e série, n° 67) intitulée : **Épilepsie larvée à forme gastrique.**

M. Danjou (L.-J.-M.-J.), de Tourcoing (Nord), a soutenu, le 25 janvier, sa thèse pour l'obtention du grade de pharmacien de 1re classe (1re série, n° 9) intitulée : **De la pepsine et des peptones.**

Distinctions honorifiques

Dans la liste des nouveaux officiers de l'Instruction publique, nous relevons avec plaisir le nom de notre excellent confrère M. le docteur Olivier, vice-président de la Société des amis et anciens étudiants de l'Université de Lille.

M. Olivier reçoit, aujourd'hui, la juste récompense des services qu'il a rendus, depuis de longues années, à l'Université lilloise. Nous sommes heureux de pouvoir lui adresser nos bien sincères compliments.

— Parmi les nominations au grade d'officier d'académie, nous trouvons également, avec plaisir, celle de M. Herbart, président de la Chambre de commerce de Dunkerque. M. Herbart est un des amis les plus dévoués et les plus sûrs de notre Université à laquelle il a donné, à maintes reprises, les marques d'un sympathique intérêt. Nous le prions d'agréer nos bien sincères félicitations.

— Plusieurs de nos confrères de la région figurent sur la liste des nouveaux officiers de l'Instruction publique ou d'Académie. Ce sont :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Duriau, président du conseil d'arrondissement de Dunkerque.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Andt, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Valenciennes; Brousse, de Saint-Étienne-au-Mont (Pas-de-Calais); Doyen, de La Fère (Aisne); Hennecart, de Charleville (Ardennes); Lapierre, de Sedan (Ardennes); Pilleyre, de Prémontré (Aisne); Timal, médecin du collège de Cambrai.

A tous nous adressons nos cordiales félicitations.

CONCOURS D'AGRÉGATION

Leçons d'une heure :

MM. Carrière (Bordeaux, Lille, Montpellier, Toulouse), Éruptions médicamenteuses.

Nicolas (Lyon), Ulcérations gastriques.

Courmont (Lyon), Les suites lointaines dans les maladies aiguës.

Vaquez (Paris), Des atrophies musculaires.

de Grandmaison (Paris), Éléments du pronostic dans les maladies aigues.

Dupré (Paris), La maladie hémorrhoïdaire.

Cabannes (Lille, Bordeaux, Toulouse), De l'insomnie.

Aviragnet (Paris), Des formes abortives dans les maladies aiguës.

Renault (Paris), Rôle du froid dans la genèse des maladies.

Baylac (Toulouse), Mercurialisme professionnel.

Paviot (Lyon), Hystéries viscérales.

Lyonnet (Lyon), Crises urinaires.

Corps de santé militaire

Au cours de la discussion du budget du ministère de la guerre devant la Chambre des députés, M. le général Billot a déclaré, sur la demande de M. le docteur Chapuis soutenue par M. le docteur de Mahy, qu'il serait nommé en plus du cadre actuel cinq médecins principaux de 1re classe et que la loi de 1882 serait appliquée immédiatement. Le ministre a annoncé, en outre, que sous peu il déposerait sur le bureau un projet de loi ayant pour but d'augmenter de 115 unités le personnel du service de santé.

Congrès français de médecine

Le **Quatrième congrès français de médecine** tiendra sa prochaine session à Montpellier le 12 avril 1898, sous la présidence du professeur Bernheim, de Nancy.

Le prix de la cotisation est de 20 francs par membre, elle donne droit à la participation des travaux, aux fêtes, aux excursions et aux votes du Congrès et à la distribution gratuite des volumes contenant les neuf rapports sur les questions proposées et toutes les communications faites au Congrès.

Les dames, les étudiants en médecine et les personnes, non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès moyennant une cotisation de 10 francs; ces membres associés ont les mêmes prérogatives que les membres titulaires, sauf le droit de vote.

1° Des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Rapporteurs : MM. les professeurs Bard, de Lyon; Révillod, de Genève, et Vergely, de Bordeaux.

2° Les associations microbiennes et infections mixtes.

Rapporteurs : MM. les professeurs Malvoz, de Liège; Spillmann, de Nancy, et Widal, de Paris.

3° De l'emploi thérapeutique des organes à sécrétion interne.

Rapporteurs : MM. les professeurs de Cerenville, de Lausanne; Gilbert et Carnot, de Paris, et Mossé, de Toulouse.

Ces rapports seront imprimés et distribués avant l'ouverture du Congrès à tous les membres adhérents.

Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion et de fonds peuvent être dès à présent adressés au Secrétaire général du Congrès, 10, rue Jeu-de-Paume, Montpellier.

Distinctions honorifiques

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Delorme, médecin principal de 1re classe; Baudouin, médecin-major de 1re classe; Michel, médecin en chef de la marine; Chambellan, Renouard (de Paris); Bazin (de Corbeilles); Bertrand (de Neauphle-le-Château); Bichon (d'Angers); Brou de Laurière (de Périgueux); Calmon (de Cérets); Chambard (de Lyon); Durand (de Marseillan); Fleyssac (de Treignac); Gagey (de Pouilly-en-Auxois); Godinier (de Brouère); Labat (de Nérac); Ladevèze (de Saint Florent); Lebrun (de Bar-sur-Aube); Maison (du Vésinet); Ménard (de Nîmes); Mordagne (de Tourny); Pernet (de Rambervillers); Picaud (de Nontron); Villard (de Verdun); Lestage (de Poyanne); Mme Pilliet (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Dubost, Loubrieu, Thominet (de Paris); Druillet (de Cazaubon); Du Breuil, Panel (de Rouen); Giraud (de Saint-Yon); Puyo (de Grenade-sur-l'Adour); Deblenne, médecin de la marine; Ferron et Tachard, médecins principaux de 1re classe; Bar et Catteau, médecins principaux de 2e classe; Ecot, médecin-major de 2e classe; Ameline (de Saint James); Baratier (de Jeugny); Benoist (de Vannes); Bernard (de Dinard); Besson (de Bourges); Bois (de Saint-Laurent-de-Chamousset); Bolognesi (du Mans); Bonnet (de Briançon); Bouchon (de Toul); Boutier (de Loches); Bouvet (de Bordeaux); Braillon (de Nesle); Bréchot (de Versailles); Breillot (de Sourdeval); Brouillaud (de Bazac-sur-l'Isle); Broussin (de Versailles); Brunet (de Ballancourt); Calbros (de Vassy); Chaudron (d'Eclaron); Chevalier (de Marseille); Chevelu (de Sathonay); Cossa (d'Entrevaux); Decrossas (de Rozéo); Dejean (de Decize); Dieudé-Fauvel de Sauveterre); Dop (de Toulouse); Dresch (de Foix); Éveillé (de Saint-Bonnet); Fabre (de Saint-Romme-de-Tarn); Faure-Miller (de Cannes); Fayol (de Marseille); Felletin (d'Izou); Ferran (de Saint-Michel); Fichot (de Jonzac); Foucherand (de Saint-Pol-de-Chalençon); Gèghre (de Mascara); Giraud (de Forcalquier); Giraud (de Marennes); Godfrin (de Clermont-en-Argonne); Gomot (de Guéret); Gromolard (du Vésinet); Guillot (de Lizy); Guy (de Limours); Josserand (de Lyon); Juventon (de Nice); Lacq (de Ney); Lafage (de Nogent-le-Roi); Larche (de Cornimont); Lévy (de Nancy); Malabouche (de Gignac); Manny (de Brossac); Martin (de Tarascon); Maunoury (de Chartres); Ménard (de Bacqueville); Michel (de l'Arbresle); Molas (d'Auch); Moreau (de Sens); Nolé (de Sainte-Cathe-

rine); **Paulin** (de Lunéville); **Peloni** (de Boukanifos); **Périer** (de Champagne-les-Marais); **Persillard** (de Saint-Benoît-sur-Loire); **Philippon** (d'Huriel) ; **Pichez** (de La Rochelle); **Pissot** (de Robert-Espagne); **Pouchin** (de Rouen); **Poulain** (de Marseille); **Poussié** (du Châtelet); **Puech** (de Roquecourbe); **Raguet** (de Paimbœuf); **Raoult** (de Raon-l'Étape); **Reisser** (d'Ouedfodda); **Rigail** (de Carcassonne); **Rosse** (de Marseille); **Roudaire** (de Lapeyrouse); **Rousseau** (de Parthenay); **Sabourin** (de Mirambeau); **Saint-Martin** (de Saint-Bréat); **Sassier** (de Châlon-sur Saône); **Soulayrac** (de Narbonne); **Tessel** (de Luc-sur-Mer); **Théron** (de Capestang); **Tournadre** (de Saint-Germain-Lembron); **Turriès** (de Puimoisson); **Vialettes** (de Montbazin); **Vié** (de Montredon); **Vincent** (d'Agon); **Woolongham** (de Bordeaux).

NÉCROLOGIE

M. le docteur César **Lainé**, député de la Martinique; M. le docteur **Péan**, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, faites à l'hôpital Saint-Sauveur (1896-1897), par le docteur E. **Ausset**, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des enfants à la Faculté de Lille

Une phrase de l'introduction définit nettement les intentions dont s'est inspiré l'auteur en publiant ses leçons cliniques : « Je me suis toujours efforcé, dit-il, de présenter des types cliniques et d'en dégager des enseignements utiles pour la pratique journalière, mettant également tous mes efforts à m'éloigner de toutes les discussions théoriques n'ayant pas un intérêt pratique immédiat, ne cherchant, en somme, qu'à apprendre le diagnostic et la thérapeutique. »

Un recueil de cliniques ne s'analyse point, chaque leçon formant un tout qu'il faudrait examiner séparément. Aussi, nous contenterons-nous de signaler les chapitres les plus importants de l'ouvrage de M. le docteur **Ausset**. Le praticien consultera avec fruit les leçons sur *la fièvre typhoïde infantile, la tuberculose des ganglions bronchiques, la tuberculose infantile, la chorée de Sydenham.*

M. **Ausset** n'a eu garde d'oublier l'étude de l'hygiène alimentaire des nourrissons et des affections gastro-intestinales des enfants du premier âge. Cette étude lui a fourni matière à quelques chapitres dont les conclusions peuvent être discutées, mais dont la lecture n'en sera pas moins profitable à beaucoup.

En résumé, leçons claires et pratiques, dépouillées de tout luxe de bibliographie et qui seront utiles à tous ceux, étudiants ou praticiens, qui ne sont pas familiers avec la pathologie infantile.

Dr M. O.

OUVRAGES REÇUS

— *Sur l'action de la diurétine*, par le docteur **Steiner**, tiré à part de l'Allgemeine medicenische Centralzeitung, Berlin 1897.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

3e semaine du 23 au 29 janvier 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	3
3 mois à un an	11	9
1 an à 2 ans	5	1
2 à 5 ans	3	3
5 à 10 ans	1	3
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	6	9
40 à 60 ans	6	8
60 à 80 ans	17	17
80 ans et au-dessus	1	6
Total	55	59

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	5	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	10	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	8	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	14	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	21
Wazemmes, 36.782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	8	»	3	1	»	6	»	»	»	1	»	6	27	35
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	4	6	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	1	»	»	3	4	»	1	»	»	1	»	1	»	»	»	8	19	12
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	4	5	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2	6	10
Fives, 24,191 hab.	»	4	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	10	18	18
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	6
Total	»	5	»	»	1	»	»	5	33	1	7	1	»	10	2	1	»	1	»	47	114	141

N° 57. Deuxième Année, N° 7. Le Numéro : **10** centimes. 13 Février 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration *(abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie* LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

AVIS. — **Nous prions nos abonnés qui ne nous ont pas encore envoyé le montant de leur abonnement de faire bon accueil au reçu qui sera présenté prochainement par la poste.**

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : La péritonite tuberculeuse chronique, par le docteur **E. Ausset.** — FAITS CLINIQUES : Abcès du foie; Opération de Stromeyer-Little; Guérison, par le docteur **Potel.** — Nouvelles. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

L'Académie de médecine continue la discussion sur les avantages et les inconvénients du vésicatoire : M. FERRAND s'en fait l'apologiste. Pour lui, son indication est absolue dans les altérations diacritiques des maladies ; les simples rubéfiants y sont insuffisants. De simples mesures d'asepsie suffisent à protéger la plaie et à la guérir. Les altérations vasculaires que produit la cantharide ne sont pas dangereuses par elles-mêmes ; elle peut même agir efficacement dans la néphrite parenchymateuse. Le vésicatoire relève l'activité nutritive et produit une hyperleucocytose. La physiologie et la clinique se rencontreraient ainsi pour engager les thérapeutistes à conserver cet agent

M. HUCHARD a l'intention d'examiner point par point toutes ces conclusions dans la prochaine séance. Aujourd'hui il se borne à faire un court historique de la vésication, inventée il y a 2000 ans par *Asclépiade* de Bithynie. Depuis lors, à combien d'excès n'a-t-il pas donné lieu ! Un enfant de onze ans, vu par DUGUET, avait reçu 110 vésicatoires pour une pleurésie. Résultat : empyème et néphrite mortelle. C'est surtout dans les campagnes qu'existent de pareils abus ; les praticiens devraient savoir à quels dangers ils s'exposent en se servant ainsi de la cantharide sans précautions.

⁂ M. DOYEN apporte une statistique personnelle concernant 146 cas de chirurgie de l'estomac. Il compte 22 insuccès dont 20 pour des cas de cancer (sur 66 opérations). — 80 cas se rapportent à des affections non cancéreuses. Les 55 derniers ont donné 50 succès, cinq malades ayant été traités in extremis On peut guérir par la gastro-entérostomie l'hypersthénie gastrique, la dilatation et l'ulcère avec ou sans hématémèses. Le procédé de gastro-entérostomie en Y de ROUX est le seul satisfaisant ; pour supprimer toute chance d'infection, M. DOYEN emploie sa pince à levier construite pour écraser les pédicules tubo-ovariens.

Dans les cas de dyspepsie grave ou d'ulcère sans sténose pylorique, la guérison est absolue. Les malades mangent comme tout le monde et ne sentent plus leur estomac. Bien mieux, l'opération guérit des malades que l'on croyait atteints de dyspepsie intestinale, elle supprime les hématémèses, elle rétablit la fonction biliaire, etc.

⁂ M. GARNAULT présente un tympan artificiel résonnateur, invisible, facile à appliquer, utilisable surtout par les personnes qui présentent une perforation de la membrane du tympan.

A la **Société de Biologie,** M. PHISALIX rapporte qu'il a observé chez un cobaye l'absence de la veine cave inférieure avec grand développement de la

cardinale gauche. Il pense que cette persistance tient à une déviation du rachis.

Le même auteur a étudié l'influence de la cholestérine végétale provenant de la carotte sur le venin de vipère. Elle donne les mêmes résultats que la cholestérine animale. La tyrosine a les mêmes propriétés ; la tyrosine extraite des tubercules de dahlia a des propriétés immunisantes, mais non antitoxiques.

⁂ M. DELESTRE rapporte l'observation d'une femme morte pendant la délivrance et dont l'enfant a succombé. On trouva chez la mère une pleuropneumonie double et une méningite à pneumocoques ; chez l'enfant, une méningite à pneumocoques et un foyer de pneumonie. Le pneumocoque fut retrouvé dans le sang, le foie, la rate, etc.

⁂ MM. BOURGES et MÉRY ont fait des recherches sur le séro-diagnostic de la morve. Ils ont cherché si on pouvait obtenir une agglutination extemporanée des bacilles morveux, facilement appréciable au microscope, après avoir mis en contact une dilution dans du bouillon de bacilles morveux avec une goutte de dilution titrée de sérum. Ils espèrent qu'en employant une dilution de sérum assez étendue on pourra arriver par le séro-diagnostic à établir si un cheval est morveux. Alors même que ce procédé ne pourrait être comparé à l'emploi de la malléïne il serait applicable à la morve aiguë où la réaction à la malléïne reste masquée.

A la **Société de chirurgie,** M. POTHERAT rappelle que M. LAFOURCADE a relaté un cas d'abcès du foie, ouvert après résection du rebord costal et suivi de mort par cholerrhagie. Cet accident est plus fréquent après l'ouverture des kystes hydatiques et il est alors dû à la rupture de conduits biliaires périphériques dilatés. Cette cholerrhagie provoque un amaigrissement rapide, mais la fistule finit par se fermer. On l'a vue durer seize mois. Les larges ouvertures sont indiquées pour éviter cette complication.

⁂ M. CHEVASSU a opéré d'un tératome du testicule un jeune homme de dix-huit ans. La tumeur était complètement indolente et du volume d'un œuf de poule La tunique vaginale ouverte, on découvrit l'albuginée close de toutes parts et contenant à son intérieur la tumeur. Celle-ci fut réséquée et le testicule conservé. Ce cas démontre d'une manière péremptoire l'existence d'un tératome développé dans la glande même et à la suite d'un enclavement abdominal. On y a trouvé des fibres musculaires lisses et striées, du tissu muqueux, des glandes acineuses, du tissu cartilagineux et osseux, du tissu pulmonaire, des bourgeons vasculaires analogues aux plexus choroïdes des ventricules latéraux, des cellules allongées et pigmentées comme dans la choroïde.

⁂ M. REYNIER a donné, en 1877, une description de la luxation de l'extrémité externe de la clavicule. Un nouveau cas lui permet de démontrer à nouveau : 1° Que la luxation ne peut se produire que si les ligaments conoïde et trapézoïde sont rompus ; 2° que l'obstacle à la réduction est la présence d'un faisceau musculaire du trapèze à travers lequel s'engage la clavicule pour se porter en arrière sur l'acromion. Il faut de plus que l'omoplate soit refoulée en avant et la clavicule en arrière.

⁂ M. RICARD présente une malade chez laquelle il a pratiqué une pylorectomie par l'ancien procédé de BILLROTH, avee un plein succès. M. HARTMANN préfère le procédé de KOCHER.

⁂ M. KIRMISSON s'est élevé avec force contre toutes les opérations non conservatrices pratiquées pour la tuberculose ostéo-articulaire des enfants Il montre un malade guéri sans intervention, après exposition simple de la main aux rayons X et compression. Le résultat est parfait. M. MICHAUX a deux malades considérablement améliorés par le grattage ; il est aussi très partisan des méthodes économiques. M. BAZY se demande quelle part il faut attribuer dans ces cas aux rayons X, et quelle part à la compression M. CHAMPIONNIÈRE insiste sur la facilité avec laquelle on vient à bout des tuberculoses des enfants.

A la **Société médicale des Hôpitaux,** MM. MOUTARD-MARTIN et BACALOGLU étudient l'observation d'une jeune fille de 22 ans, mesurant 1m47, aux membres très grêles, qui était entrée à l'hôpital pour une affection simulant une méningite. On espérait la guérison, lorsque après une poussée furonculeuse, on constata de l'albuminurie, bientôt suivie d urémie mortelle. Il existait une néphrite scléreuse et une aplasie artérielle généralisée. LANCEREAUX a attiré l'attention sur ce cas ; mais faut-il subordonner les lésions des reins à celles des artères et, d'autre part, doit-on admettre un chloro-brightisme, comme le veut DIEULAFOY ? M. RENDU se demande comment une néphrite pourrait être la suite d'une irrigation sanguine insuffisante. M. HAYEM n'admet pas cette pathogénie. De plus, il nie le chloro-brightisme. Les malades dont parle DIEULAFOY sont atteints d anémie symptomatique.

⁂ M. L. GUINON a vu survenir une fièvre typhoïde chez un enfant de dix ans, qui en était a sa troisième

atteinte de purpura simple. Le premier symptôme fut une hématurie ; il survint de nouvelles poussées de purpura. La cause de ce dernier a semblé préparer la forme hématurique de la dothiénentérie.

A la **Société anatomique,** M. DE BOVIS apporte une tumeur de l'avant bras qui a l'aspect d'un sarcome encéphaloïde.

⁂ M. MOUCHET présente une anomalie du foie ; il s'agit d'un foie de 2 kilos dont le lobe gauche est réduit au volume d'une noisette. Il montre aussi un faisceau supplémentaire du couturier, venu de l'éminence iliopectinée et trois faisceaux charnus anormaux sur la face inférieure d'un diaphragme.

MM. BAROZZI et MILIAN montrent une tumeur du volume d'une grosse orange, enlevée sur un homme de 41 ans. Elle s'est développée à la face interne du bras droit dès l'âge de quinze ans, d'une manière tout à fait insidieuse. Elle ne présentait aucune adhérence à la peau, ni aux muscles sous-jacents. Elle fut enlevée très facilement et s'énucléa d'elle-même après incision de l'aponévrose péri-brachiale où elle était incluse. Cette tumeur incisée apparaît formée d'une enveloppe fibreuse et d'un tissu fibreux avec cavités hémorrhagiques et points calcifiés ; c'est un fibrome. M. CORNIL fait remarquer qu'il s'agit, en effet, de fibrome pur, mais que, presque toujours, ces tumeurs évoluent vers le sarcome.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. MOTY, présente un malade trépané le 11 janvier, pour méningite cérébro-spinale consécutive à une blessure de la fosse nasale droite par baguette de fusil. La baguette avait dû pénétrer dans les sinus ethmoïdaux sans toutefois entrer dans le crâne. Bientôt apparurent des accidents de méningite. M. MOTY fit la trépanation dans la région pariétale droite. Cette opération fut faite à la cocaïne, mais l'insensibilisation ne fut pas obtenue. Ouverture de la dure-mère, drainage de la cavité arachnoïdienne. Après quelques alternatives d'améliorations et de poussées fébriles, le malade semble définitivement amélioré. Il présente encore un peu de photophobie, et de la paralysie du facial.

⁂ M. CARLIER présente un gros calcul vésical provenant d'un malade de son service. Ce malade, opéré il y a douze jours, est actuellement guéri et aurait pu, n'était la crainte du froid, être présenté à la Société de médecine. Bien qu'il considère la lithotritie comme le procédé le meilleur du traitement des calculs de la vessie, M. CARLIER a dû recourir ici à la taille hypogastrique à cause du calibre relativement étroit du canal du malade, âgé seulement de 18 ans, à cause des dimensions de la pierre dont le grand diamètre mesure quatre centimètres et demi et aussi à cause de sa dureté. Ce calcul a en effet un bel aspect muriforme, qui indique sa richesse en oxalates. Devant cette nécessité de ne pouvoir employer qu'un petit lithotriteur pour s'attaquer à un calcul gros et très dur, la lithotritie devait céder le pas à la taille haute.

La pierre enlevée, M. CARLIER fit la suture totale de la vessie et de la paroi abdominale, ne laissant qu'un très petit drain à la partie supérieure de la plaie abdominale et un fil d'attente qui devait permettre la fermeture totale de la plaie lors de l'ablation du drain. Ce malade guérit par première intention, la suture de la vessie resta hermétique. Et cependant, ce malade avait une cystite assez marquée avec des urines très glaireuses. En outre, ayant pris froid la veille de l'opération, il fut opéré, sans qu'on s'en fût douté, en pleine congestion pulmonaire dont les symptômes alarmants se manifestèrent deux heures après l'opération.

C'est dans la suture totale de la vessie que réside l'intérêt de cette communication. Sur 50 tailles hypogastriques qu'il a faites depuis trois ans dans son service de l'hôpital Saint Sauveur, M. CARLIER a eu recours sept fois à la suture totale de la vessie, et toujours avec un succès complet. Il ne partage donc pas les craintes des chirurgiens allemands qui, en vue de la possibilité d'une infiltration d'urine par suture imparfaite, ne font pas la réunion immédiate de la plaie abdominale qu'ils bourrent de gaze iodoformée. M. CARLIER croit qu'on doit toujours, après une taille hypogastrique pratiquée pour tumeur ou corps étranger, tenter la suture totale de la vessie.

Les seules contre-indications sont l'hémorrhagie vésicale post-opératoire et une cystite intense avec urines glaireuses. Dans ces conditions la sonde à demeure serait vite obstruée par des caillots ou par le pus, et rien ne vaut alors un bon drainage hypogastrique avec suture partielle de la vessie.

⁂ M. HÉZE, au nom de M. AUSSET et au sien, lit une observation intéressante de caverne pulmonaire extraordinairement volumineuse chez un enfant de 14 ans.

A l'autopsie on trouve d'un côté une infiltration tuberculeuse généralisée du poumon. Mais de l'autre côté le lobe supérieur tout entier était transformé en une vaste caverne. Suivent quelques considérations sur les cavernes pulmonaires des enfants. Elles sont très rares

et ont ce caractère particulier de présenter des brides musculaires occupant les parois de la cavité, ou même la traversant ; chose curieuse, ces vaisseaux restent perméables

*** M. AUSSET fait une communication sur la prophylaxie de la rougeole au cours des épidémies M. AUSSET rappelle la communication de LEMOINE (du Val-de-Grâce) au sujet de la contagion de la scarlatine, montrant que le contage scarlatineux est élaboré dès le début de l'infection, avant toute éruption au niveau du pharynx, d'où nécessité de désinfection de la bouche. Dans le même ordre d'idées, M. AUSSET a voulu voir s'il n'en était pas de même pour la rougeole ; on sait d'ailleurs universellement maintenant que cette affection est contagieuse avant l'apparition de l'exanthème cutané. M. AUSSET fit donc pratiquer dès l'entrée de ses rubéoliques des désinfections de la bouche et du nez, au moyen de larges irrigations à la liqueur de Labarraque à 50 0/00, des yeux au moyen de l'eau boriquée Chose remarquable, il n'observa aucune contagion, il ne se produisit aucune rougeole intérieure dans un service où comme chacun le sait, sont réalisées les conditions les plus parfaites pour donner naissance à des épidémies.

TRAVAUX ORIGINAUX

La Péritonite tuberculeuse chronique

par le Dr **E. Ausset**, professeur agrégé,
chargé de la clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine.

MESSIEURS,

Le 21 septembre 1897, la jeune P... Germaine, âgée de neuf ans, entrait dans notre service, pour un développement exagéré du ventre.

La mère, qui nous l'amène, nous dit qu'elle a eu la coqueluche et une broncho-pneumonie consécutive, vers l'âge de quatre ans. A six ans, elle aurait eu la rougeole. Depuis elle se serait toujours très bien portée jusqu'au mois d'avril dernier, époque présumée du début de la maladie qui la conduit aujourd'hui près de nous.

Le père et la mère sont encore vivants et très bien portants ; il y a eu six frères et sœurs, dont trois sont morts, mais il m'a été impossible de déterminer de quelles maladies.

Donc, je viens de vous le dire, il y a neuf mois environ que cette enfant est malade. Au début elle ressentit dans le ventre des douleurs vagues, qui se reproduisaient tous les jours, étaient assez fortes parfois pour nécessiter le repos au lit, et qui prenaient souvent le type des coliques. De temps à autre il y avait des selles diarrhéiques. Pendant quelques semaines il n'y eut pas d'autres symptômes, mais bientôt la mère vit, certains soirs, son enfant avec de la fièvre, elle pâlissait, maigrissait un peu, et, chose surprenante pour elle, son ventre grossissait très manifestement. Puis tout symptôme disparut, et il ne persista plus que l'augmentation de volume du ventre qui alla sans cesse croissant.

C'est dans ces conditions qu'elle nous l'amena à l'hôpital.

Vous avez vu, Messieurs, comme moi que cette enfant présentait lors de son entrée une intumescence abdominale assez considérable, la paroi était lisse, tendue, et l'ombilic commençait à se déplisser ; dans tous les points de l'abdomen, il existait une matité compacte, on avait très nettement la sensation du flot. Le liquide que contenait ce ventre semblait être libre dans la cavite péritonéale, car malgré son abondance, il nous était possible en faisant complètement coucher l'enfant sur un côté d'obtenir sinon de la sonorité dans le flanc opposé, du moins une matité bien moins accentuée. La quantité du liquide était telle qu'il ne pouvait prendre place tout entier sur un seul côté il en restait encore sur le flanc opposé, mais sa diminution très notable montrait bien qu'il était libre dans la péritoine.

Les veines abdominales n'était que très peu dilatées. Par la palpation nous ne sentions rien de particulier, le péritoine était parfaitement souple ; pas de crépitation neigeuse, pas de gâteau péritonéal, pas la moindre douleur malgré des malaxations assez prolongées.

La rate et le foie ont leurs dimensions normales, les bruits du cœur sont très nets ; il n'y a pas de bruits anormaux. Aux poumons, tous les procédés d'investigation ne nous font déceler aucune trace de tuberculose ; pas de frottements pleuraux, même à la base. Mais je dois vous signaler qu'au niveau de l'espace inter-scapulaire, au niveau des ganglions bronchiques supérieurs, la sonorité est très diminuée, surtout à gauche, et la respiration est soufflante.

Il n'y a pas d'œdèmes périphériques. Dans les urines, il n'y a pas d'albumine ; mais il y a des traces d'indican.

L'état général est assez satisfaisant ; l'enfant est pâle, un peu maigre ; mais elle a bon appétit, mange très bien, ne vomit pas ; de temps en temps il y a de la diarrhée, et les selles sont un peu décolorées.

Nous avons mesuré la circonférence de l'abdomen et nous avons trouvé :

Au niveau des rebords des fausses côtes	71 c. m.	à la fin de l'inspiration
» »	70 »	à la fin de l'expiration
Au niveau de l'ombilic	72. »	à la fin de l'inspiration
» »	71 »	à la fin de l'expiration
Au niveau des épines iliaques	71 »	à la fin de l'inspiration
» »	70 »	à la fin de l'expiration

L'enfant pèse 29 kilogr.

Nous avons pratiqué une ponction avec un trocart de moyen calibre et nous avons ainsi retiré un litre et demi d'un liquide séreux, citrin, très limpide.

Je dois vous dire que nous avons examiné ce liquide, mais que nous n'avons pu y déceler le bacille de Koch Un centimètre cube fut inoculé sous la peau d'un cobaye ; cet animal est encore aujourd'hui, c'est-à-dire près de 4 mois après, en très bonne santé.

Nous n'avions pu vider la cavité péritonéale, en effet à un moment donné les anses intestinales vinrent se coller contre notre trocart, et malgré la présence d'au moins encore trois ou quatre litres de liquide, nous ne pûmes le retirer. Nous proposâmes alors aux parents la laparotomie ; elle nous fut refusée, et l'enfant partit chez elle.

Elle nous revint le 23 novembre suivant, son ventre ayant considérablement augmenté de volume. L'état général est moins bon que lors du premier séjour à l'hôpital, l'enfant a maigri, elle ne pèse plus que 27 k. 900, alors que, cependant, la quantité de l'ascite est très notablement supérieure. L'abdomen mesure :

Au niveau des fausses côtes	71 c. m. 1/2,	à la fin de l'inspiration.
» »	71 »	à la fin de l'expiration.
Au niveau de l'ombilic......	80 »	à la fin de l'inspiration.
» »	79 »	à la fin de l'expiration.
Au niveau des épines iliaques	77 »	à la fin de l'inspiration.
» »	76 »	à la fin de l'expiration.

La peau est très tendue, l'ombilic est saillant. Il n'y a pas de circulation collatérale bien appréciable.

A part, l'augmentation de l'ascite et l'amaigrissement, l'état est, par ailleurs, le même qu'il y a deux mois. Les parents, après avoir usé de divers remèdes de commères, nous ramènent l'enfant pour la faire opérer.

En résumé, Messieurs, nous avons affaire ici à une petite fille qui présente une ascite chronique, ayant une tendance à s'accroître, mais absolument indolore, et n'ayant retenti que très modérément sur l'état général, depuis tantôt neuf mois que l'affection dure, car, à part l'amaigrissement, l'enfant mange bien, joue avec plaisir, et ne se plaint en aucune façon.

Voilà le diagnostic symptomatique. Il est bien simple, bien restreint, et incontestablement c'est presque à cette seule ascite que nous allons demander les éléments qui nous sont nécessaires pour établir le diagnostic anatomique et le diagnostic étiologique, c'est-à-dire que nous allons rechercher quel organe lésé a bien pu amener cet épanchement péritonéal, et par quelles causes et par quelles voies les lésions ont été produites.

Puisque l'ascite est la seule manifestation symptomatique que nous ayons à interroger, demandons-nous, si vous le voulez bien, quelles sont les diverses causes de l'ascite dans l'enfance.

Incontestablement, puisque voilà neuf mois que cette enfant est malade, il me paraît puéril de discuter devant vous l'ascite des péritonites aiguës. Vous le savez, messieurs, dans l'enfance, quand une péritonite aiguë n'est pas due à la tuberculose, il faut penser à l'appendicite, à la pneumococcie, à la vulvo-vaginite. Or, ici, rien de semblable, la marche, la durée de la maladie, l'absence de tout autre symptôme ne nous permettent pas de songer un instant pour expliquer cette ascite à une infection péritonéale aiguë.

J'éliminerai aussi les néphrites, les maladies du cœur, qui, vous le savez, sont essentiellement hydropigènes. Nous avons analysé les urines ; elles sont normales. Il n'y a rien au cœur, et enfin nous n'avons noté aucun œdème périphérique, tel que celui qui accompagne toujours les ascites d'origine rénale ou cardiaque.

Vous savez, Messieurs, que le sarcome du rein est assez fréquent chez les enfants. Or, comme il peut quelquefois s'accompagner d'ascite, il nous faut voir si notre ascite ne reconnaît pas cette origine ; elle serait alors produite par une compression de la veine-porte par la tumeur, ou par la détermination de noyaux sarcomateux sur le péritoine, créant ainsi une péritonite néoplasique. Evidemment il ne peut s'agir de cela dans notre cas ; après notre ponction, il nous a été possible de palper les reins, nous les avons trouvés absolument normaux, et vous vous souvenez que je vous ai dit que le péritoine était absolument souple, et que la palpation la plus minutieuse ne nous révélait rien d'anormal.

Faut-il penser à un kyste séreux du grand épiploon ? Si vous relisez l'excellente thèse de COLLET (Paris 1884) et l'observation de MARFAN (Presse médicale, mars 1896), vous verrez qu'il est des circonstances où réellement le diagnostic est fort difficile. Dans les cas ordinaires, la forme si particulière de la matité et la mobilité de la tumeur liquide vous mettent immédiatement sur la voie, mais il en est d'autres où ces kystes amènent un épanchement ascitique qui masque justement cette forme de matité et cette mobilité de la tumeur. Je n'ai jamais rencontré de tels kystes, aussi je ne puis vous dire par moi-même comment on peut faire le diagnostic ; mais je croirai, volontiers, comme MM. COLLET et MARFAN, que la laparotomie peut seule vous éclairer.

Chez notre enfant, l'impossibilité de vider entièrement l'abdomen après notre première ponction, aurait pu vous faire croire que nous avions retiré tout le liquide ascitique et que le kyste seul restait. Mais, après cette ponction, nous avons pratiqué la percussion et la palpation, et je crois qu'il n'était pas possible de penser à une telle tumeur, car le liquide épanché était bien nettement libre dans la cavité péritonéale, ainsi que nous le démontraient tous les procédés d'investigation.

Vous pourriez aussi penser que cette ascite a été produite par la présence d'un gros ganglion tuberculeux siégeant au niveau du hile du foie. Incontestablement c'est là une hypothèse très admissible, et qu'il est assez difficile de contrôler autrement que par la laparotomie. Mais réellement je ne vous conseillerai pas de vous arrêter jamais à cette idée ; car, outre que ce sont là des faits extrêmement rares, il faudrait pour que vous songiez à un tel diagnostic, que vous n'ayez rien trouvé autre chose, et qu'une autre lésion plus commune ne puisse s'appliquer à votre malade, ce qui n'est pas le cas pour la nôtre, comme vous le verrez tout-à-l'heure.

La ponction que nous avions pratiquée nous permettait d'éliminer l'ascite chyliforme.

Il nous reste maintenant à établir la partie la plus difficile du diagnostic, c'est-à-dire à rechercher si nous avons affaire à une ascite par péritonite chronique ou si nous sommes en face d'une ascite liée à une cirrhose du foie.

Incontestablement, malgré vous, vous vous sentirez toujours attirés vers la péritonite tuberculeuse, car elle est assez fréquente dans l'enfance, surtout après l'âge de six ans, tandis qu'au contraire la cirrhose du foie est assez rare. Mais puisque cette dernière peut exister, il importe de rechercher attentivement à laquelle des deux maladies il faut rattacher l'épanchement.

Le volume du foie va tout d'abord vous être d'un guide précieux, car vous n'ignorez pas que, dans les cirrhoses infantiles, il est habituellement très augmenté de volume, et vous sentez très nettement le bord antérieur très dur. Or, chez notre petite malade, rien de semblable ; le foie présente ses dimensions normales. Toutefois, vous trouverez des cas où le foie est gros et où cependant il ne s'agit pas d'une cirrhose au terme propre du mot, et où vous avez bien affaire à une péritonite tuberculeuse. C'est qu'en effet dans la péritonite tuberculeuse, il peut se faire des altérations secondaires du foie qui conduisent à l'hépatite graisseuse et à l'hypertrophie de l'organe. Il faut donc alors rechercher d'autres signes pour faire votre diagnostic.

Dans les cirrhoses, il y a un lacis veineux sous-cutané très développé ; chez notre petite malade il n'y a rien de semblable. Toutefois, je dois vous mettre en garde contre la valeur de ce signe, car il y a des péritonites tuberculeuses où les veines sous-cutanées de l'abdomen sont très dilatées.

La rate, chez notre enfant, n'est pas grosse, ce qui encore plaide en faveur de la péritonite, mais n'oubliez pas que cet organe peut s'hypertrophier quand la tuberculose l'envahit, et d'autre part M. MARFAN a relaté un cas de cirrhose alcoolique chez un enfant de quatre ans, où la rate était normale.

Au début de sa maladie, notre enfant a eu de la fièvre, c'est encore un signe en faveur de la péritonite tuberculeuse.

Un fait qui pourra vous surprendre c'est l'absence de toute douleur même par une palpation prolongée et profonde ; en effet c'est surtout dans les ascites cirrhotiques que vous rencontrerez cette indolence. Toutefois n'oubliez pas que, s'il est incontestable que la péritonite tuberculeuse occasionne des phénomènes douloureux, ces phénomènes se produisent surtout au début de la maladie, et quand cette maladie est déjà ancienne la douleur a disparu. C'est ce qui s'est passé pour cette enfant ; elle a souffert il y a neuf mois, puis à mesure que l'épanchement augmentait, les douleurs disparaissaient.

N'oubliez pas aussi que le plus souvent les cirrhoses

amènent dès le début des troubles digestifs qui se caractérisent par de l'inappétence, des nausées, des vomissements, mais sans diarrhée. Dans la péritonite tuberculeuse, au contraire, c'est la diarrhée qui domine, non pas qu'elle soit continuelle, abondante, très liquide, mais il y a de temps à autre des selles molles, décolorées, alternant avec des périodes de constipation. Quant à l'appétit il est conservé et il n'y a pas de vomissements.

Vous devrez toujours, quand vous vous trouverez en face d'un épanchement ascitique, faire l'analyse des urines, et si vous y constatez de l'hypo-azoturie, de l'urobiline, et de la glycosurie alimentaire, vous serez en droit de soupçonner la cirrhose.

Enfin vous devrez faire une ponction exploratrice, examiner et inoculer le liquide recueilli. Mais il ne faut non plus trop compter sur ces résultats, car, chez notre enfant, l'examen microscopique et l'inoculation sont restés négatifs et cependant, comme je vous le dirai tout à l'heure, nous avons eu la preuve qu'il s'agissait bien d'une péritonite tuberculeuse (1).

En résumé, Messieurs, nous sommes en face d'une enfant qui a de l'ascite, chez laquelle le foie et la rate sont de volume normal, qui n'a pas de circulation veineuse abdominale supplémentaire, qui n'a pas de troubles digestifs, et dont les urines sont normales; cette ascite s'est développée très lentement, accompagnée au début de phénomènes douloureux, et aujourd'hui elle existe seule, sans œdèmes périphériques, les reins et le cœur fonctionnant très bien.

Il ne peut donc s'agir que d'une péritonite chronique et d'une péritonite tuberculeuse, car, dans l'enfance, qui dit péritonite chronique dit presque toujours, à mon sens, péritonite tuberculeuse; j'estime, en effet, que cette péritonite chronique exsudative des enfants, décrite par quelques auteurs comme étrangère à la tuberculose, n'est qu'une manifestation de cette tuberculose, mais une manifestation atténuée.

Vous devez d'autant plus croire que nous avons affaire à une péritonite tuberculeuse que, si dans la première enfance et au-dessous de six ans, cette maladie est assez rare, après cet âge elle devient extrêmement fréquente, et l'on peut dire, sans être taxé d'exagération, qu'alors presque tous les épanchements ascitiques doivent lui être rapportés.

Messieurs, notre diagnostic anatomique n'est pas encore terminé. Je vous ai bien démontré, je crois, que nous avions affaire à des lésions chroniques tuberculeuses du péritoine, mais quelles sont ces lésions, ou pour mieux dire sous quelle forme se présentent-elles, voilà ce qu'il nous faut rechercher actuellement.

On a décrit, vous le savez, deux formes à la péritonite tuberculeuse chronique : l'*ascite tuberculeuse chronique*, et la *forme fibro-caséeuse*.

Je crois que c'est pousser un peu loin le désir de la division, et j'aime mieux vous dire que ces deux formes n'en constituent qu'une seule, rendue à un degré plus ou moins avancé de son évolution. Pour moi, le processus commence toujours par le développement des granulations sur la surface péritonéale, puis le mal évoluant, ou bien il y a régression et guérison, ou bien agrandissement de la granulation, qui, peu à peu, devient caséeuse. Cette forme fibro-caséeuse est elle-même susceptible de guérison, il se forme du tissu fibreux à la périphérie des granulations, qui sont ainsi emprisonnées; quelquefois même le développement de ce tissu fibreux est tel, qu'il crée une nouvelle forme anatomique qui a reçu le nom de *péritonite fibro-adhésive*.

La forme décrite sous le nom d'*ascite tuberculeuse chronique* a été, comme je vous l'ai déjà dit, décrite par quelques auteurs, et, particulièrement par HENOCH, sous le nom de *Péritonite exsudative chronique simple des enfants*. Avec MARFAN, BOUILLY et bien d'autres j'estime qu'elle n'est autre chose qu'une forme atténuée, une forme de début de la péritonite tuberculeuse chronique, d'autant qu'on l'a souvent vue se transformer en forme fibro-caséeuse, et que c'est vraisemblablement ce qui se passe chez notre petite malade, ainsi que je vous le démontrerai tout à l'heure. Il est tout à fait logique d'assimiler ici cette ascite chronique à la pleurésie séreuse qui guérit souvent, mais qui, aussi, parfois, se transforme en une tuberculeuse pleurale grave, les tubercules devenant caséeux.

Comme il est rare que les enfants succombent à cette forme, c'est surtout depuis que l'on traite les péritonites chroniques par la laparotomie qu'on a pu se rendre compte des lésions qui s'observent alors. On a pu constater qu'il existe, répandues sur toute la surface péritonéale, des granulations tuberculeuses de dimensions variables. A mesure que ces granulations se développent sur la séreuse, il se fait une inflammation de cette séreuse; cette inflammation amène fata-

(1) Une seconde inoculation de 15 c. cubes de liquide, recueilli après laparotomie, fut faite à un cobaye. Ce cobaye a succombé, manifestement tuberculeux, six jours après cette clinique.

lement une exsudation fibrineuse, puis séreuse, qui constitue justement l'épanchement ascitique.

Eh bien, messieurs, partis de cette forme toute simple de la péritonite tuberculeuse, de ce début de la maladie, vous allez aisément comprendre comment se produit la forme fibro-caséeuse, ou pour parler plus exactement vous allez pouvoir suivre la caséification de ces granulations.

En effet, que peuvent devenir ces granulations tuberculeuses répandues à la surface du péritoine? Ou bien elles vont guérir, ou bien elles vont continuer leur évolution anatomique naturelle et subir la transformation caséeuse.

La guérison n'est pas rare, et la littérature médicale abonde de ces faits guéris. Mais, incontestablement, ici, le tubercule ne guérit pas par transformation fibreuse, puisqu'à la surface du péritoine, on ne retrouve plus de tissu de cicatrice. Il doit sans doute s'opérer une sorte de dégénérescence, de liquéfaction, puis de résorption de la granulation.

Mais il est des cas, également fréquents, où le processus anatomo-pathologique suit son cours, et vous n'ignorez pas que la tendance naturelle de la granulation grise est de faire du caséum. Le professeur Grancher a parfaitement établi que tout tubercule qui ne guérit pas, se transforme en une tumeur fibreuse à la périphérie et caséeuse à son centre. Supposez alors une péritonite tuberculeuse dont les granulations augmentent sans cesse de dimensions ; à un moment donné, plusieurs de ces granulations finissent par se réunir, elles subissent la dégénérescence caséeuse, et tout autour d'elle se construit une zone de tissu fibreux. La péritonite fibro-caséeuse est constituée. Alors la gravité de la maladie s'accroît de la même façon. Tous les viscères abdominaux prennent part à l'inflammation des tissus qui les entourent, ils contractent des adhérences avec leurs voisins, et avec la paroi, et si vous ouvrez l'abdomen d'un malade atteint depuis longtemps de cette affection, vous voyez que ces adhérences sont généralisées, forment un plan presque continu, très épais, de l'estomac au pubis. Pendant ce temps l'ascite a fortement diminué, ou s'est enkystée et est souvent devenue purulente.

Ces adhérences sont constituées par un tissu fibreux très épais au sein duquel vous retrouvez par la coupe les tubercules caséifiés. L'épiploon est adhérent à toute la masse intestinale, infiltré de masses caséeuses ; les anses intestinales sont complètement adhérentes entre elles, on ne peut plus les isoler, elles sont très friables et se déchirent avec la plus grande facilité Entre elles, on rencontre souvent des abcès enkystés, quelquefois même des matières stercorales, ce qui témoigne d'une perforation. Vous avez sans doute encore présent à l'esprit l'autopsie de cet enfant que nous avons pratiquée il y a quelques mois, qui avait succombé à une péritonite de cette nature, chez lequel il nous fut impossible d'isoler une seule anse intestinale, et qui présentait justement un épanchement de matières stercorales.

Dans ces cas, le foie, la rate, les ganglions abdominaux sont profondément atteints par la tuberculose.

Eh bien, Messieurs, à quelle forme avons-nous affaire chez notre malade ? Je vous ai dit que le ventre était très souple, on ne sentait pas à la palpation la moindre masse indurée, bosselée, le moindre *gâteau péritonéal*. Vous le comprenez, ce sont les premiers signes que vous observez dans la péritonite fibro-caséeuse, puisque cette forme résulte justement de la réunion de plusieurs granulations, de leur augmentation de volume, et de leur dégénérescence. Habituellement vous sentirez ces plaques indurées aux environs de l'ombilic, qui correspondent souvent à une infiltration du grand épiploon. Par le palper, vous sentez aussi que le péritoine glisse mal sur l'intestin, il peut y avoir des frottements qu'on a comparés à un froissement neigeux. Il y a des douleurs spontanées et à la palpation, la diarrhée est presque continuelle, les organes génitaux se prennent, et l'état général devient de plus en plus mauvais.

Vous le voyez, un tel tableau ne peut s'appliquer à notre jeune malade. Toutefois il faut bien remarquer que la maladie dure depuis neuf mois, elle ne semble pas tendre vers la guérison, et enfin, je vous signale un écoulement de pus par le vagin, qui est survenu il y a quelque temps et qui persiste malgré un traitement assidu au permanganate. J'ai examiné ce pus, incontestablement il n'y a pas de gonocoques. Je n'ai pu y déceler le bacille de Koch, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y est pas ; j'ai inoculé un cobaye, plus tard nous aurons une réponse définitive. Quoiqu'il en soit cet écoulement de pus ne me dit rien qui vaille, et plaide bien un peu en faveur d'un début de transformation fibro-caséeuse. Je crois, en effet, que notre malade est en train de passer de la première à la seconde forme ; d'ailleurs l'intervention qui a été pratiquée semblerait me donner raison.

En effet, le 26 novembre dernier, M. le professeur **Folet** voulut bien faire une laparotomie à notre enfant. Après incision de la paroi apparut une masse rouge, épaisse, tendue, n'ayant en aucune façon l'aspect habituel du péritoine. Une pince à dissection soulève légèrement un feuillet superficiel auquel on fait une ouverture, mais la sonde cannelée ne peut glisser ni en haut, ni en bas. Une seconde tentative aussi infructueuse est faite. Ne sachant ce qui se présentait ainsi, et craignant d'avoir affaire à une anse intestinale adhérente à la paroi, M. **Folet** agrandit par en haut l'incision de la paroi, et arrive à saisir le péritoine qui, ponctionné, laisse écouler environ 5 litres de liquide jaune citrin. La séreuse est ensuite incisée tout le long de la plaie abdominale, et on constate alors que la masse dont je vous parlais tout à l'heure n'est autre que le péritoine extraordinairement épaissi. On peut alors constater de visu que toute la surface péritonéale est criblée de granulations grises plus ou moins volumineuses, mais qu'il y en a de grosses comme de petits pois qui commencent à devenir jaunes. On résèque un fragment de ce péritoine, et sur ce fragment nous avons pu retrouver de ces granulations jaunâtres, s'entourant déjà de tissu fibreux. On n'a pas constaté d'adhérences, ni de néomembranes flottantes.

Vous le voyez, Messieurs, la laparotomie nous a permis de constater, par la vue, que nous avions bien affaire à une péritonite tuberculeuse, de la forme décrite sous le nom d'*ascite chronique tuberculeuse*, mais tout à fait au début de son évolution vers la forme fibro-caséeuse.

Nous devons maintenant, Messieurs, rechercher l'étiologie de cette affection chez notre petite malade ; nous verrons, par la même occasion, quelles sont l'étiologie et la pathogénie de la péritonite tuberculeuse.

La première idée qui nous vient à l'esprit, n'est-il pas vrai, est que notre enfant a de la tuberculose intestinale, et que c'est ainsi que son péritoine s'est infecté.

Certainement le fait est possible, et je ne nie pas qu'il puisse s'être produit dans notre cas. Mais je vous ferai observer qu'il ne semble pas que cela se passe de la même façon dans la plus grande majorité des circonstances. Voyez l'adulte ; la tuberculose intestinale, chez lui, est fréquente, et pourtant il est rare d'observer la péritonite tuberculeuse proprement dite ; il y a seulement parfois propagation de l'inflammation à la séreuse, péritonite adhésive, mais sans granulations. Chez l'enfant, on fait souvent des autopsies où la péritonite tuberculeuse est manifeste et où l'intestin est sain ; inversement on rencontre fréquemment des ulcérations tuberculeuses du tube digestif, sans que le tableau anatomique de la péritonite soit réalisé.

Il est vrai que le bacille tuberculeux peut pénétrer par les voies digestives, traverser l'intestin sans le léser, et se rendre directement au péritoine.

Mais, en tous cas, ce mode d'infection péritonéale, s'il existe incontestablement, doit être assez rare ; et je ne pense pas qu'il faille y songer chez notre malade, Du reste la tuberculose intestinale quand elle dure depuis longtemps, s'accompagne d'une diarrhée presque constante, à peu près invincible, et conduit à une cachexie profonde. Or, notre malade a un bon état général, bien qu'elle soit prise depuis neuf mois, et elle n'a que de temps à autre des selles molles, sans diarrhée véritable.

Il est possible que, chez elle, les ganglions mésentériques soient pris, et qu'ils aient infecté le péritoine. Mais c'est encore là un mode exceptionnel de production de la péritonite tuberculeuse. Combien avons-nous fait ensemble d'autopsies d'enfants ayant d'énormes ganglions mésentériques tuberculeux et dont le péritoine n'avait pas la moindre granulation! Et cet enfant, auquel je faisais allusion il y a un instant, et qui a succombé à une péritonite fibro-caséeuse ; chez lui, fait d'ailleurs assez curieux, les ganglions mésentériques n'étaient que fort peu atteints, et, rien qu'à les voir, il était facile d'affirmer qu'ils n'étaient pris que secondairement, tant leur évolution pathologique était peu avancée.

Nous ne pouvons songer à une infection par les voies génitales. En effet rien n'avait été noté de particulier de ce côté avant ces derniers temps, et l'écoulement qui est survenu est bien postérieur au début de la maladie, d'autant que la tuberculose des organes génitaux chez l'enfant est exceptionnelle.

S'agit-il donc d'une infection par les voies lymphatiques, infection qui aurait eu son point de départ au niveau de la plèvre? Évidemment non, puisque l'auscultation la plus minutieuse ne nous a rien montré d'anormal.

Il ne nous reste donc plus que l'infection par la voie sanguine. Vous vous souvenez que je vous ai dit

qu'au niveau du groupe postérieur des ganglions bronchiques, il y avait une diminution de sonorité assez notable, et qu'à cet endroit la respiration était soufflante. Je crois qu'il y a là de l'adénopathie bronchique, vraisemblablement tuberculeuse.

Dans ces conditions, il me semble tout à fait rationnel d'accepter l'hypothèse de M. Marfan, et d'admettre qu'il se fait à un moment donné une irruption légère de bacilles dans le torrent circulation, irruption insuffisante pour produire la granulie mortelle, mais qui a pu aller coloniser ailleurs, sur le péritoine qui, chez l'enfant, possède tant d'affinités pour le bacille tuberculeux. Ces « bacillémies » légères sont fréquentes chez l'enfant ; elles expliquent très bien la tuberculose des os sans effraction cutanée, et le transport d'une tuberculose ganglionnaire quelconque à un autre viscère parfois très éloigné.

Ainsi donc, Messieurs, notre enfant a une péritonite chronique tuberculeuse, en train de terminer son premier stade d'évolution anatomique, péritonite qui pourrait très bien être liée à de l'adénopathie bronchique.

Dans ces conditions, la guérison est encore possible, les lésions peuvent rétrocéder, les granulations tuberculeuses se résorber, et l'enfant revenir à la santé. Mais je crains cependant que la fibro-caséification ne s'installe d'une façon complète, envahissant tous les viscères abdominaux, et donnant lieu à de multiples accidents, ainsi que je vous le disais tout à l'heure : collections enkystées, phlegmon stercoral, occlusion intestinale, compressions veineuses, généralisation rapidement mortelle, etc., etc.

Si donc l'*ascite chronique tuberculeuse* est peu grave en elle-même, il y a toujours, comme point noir, l'évolution possible vers la forme fibro-caséeuse, qui, elle, est souvent fatale, bien que sujette à de longues rémissions et susceptible même de guérir. Dans ces derniers cas, la guérison ne peut s'effectuer que par la sclérose des tissus pathologiques.

Mais ici surgit un nouveau danger. Le processus de sclérose, s'il devient trop étendu, donne lieu à ce que l'on appelle la *péritonite fibro-adhésive*, dans l'étude de laquelle je ne veux pas entrer, car c'est une complication extrêmement rare chez les enfants, et que vous ne rencontrez habituellement que chez l'adulte.

Le meilleur de tous les traitements médicaux est incontestablement le traitement hygiénique : le repos absolu, la vie à l'air libre et la suralimentation. Si le cas est tout à fait apyrétique et torpide on se trouvera très bien d'un long séjour au bord de la mer.

Le traitement chirurgical comprend : la ponction, suivie ou non d'injections médicamenteuses, et la laparotomie.

Je n'insiste pas sur la ponction, elle ne présente ici rien de particulier ; Debove la fait suivre d'une injection d'eau boriquée, Rendu d'une injection de naphtol camphré, Kirmisson et Pinard d'injections de sérum de chien, Caubet et Baylac d'un lavage à l'eau stérilisée chaude.

L'idée de pratiquer la laparotomie dans les péritonites tuberculeuses vint aux auteurs à la suite de mêmes opérations faites dans des cas où on croyait à des tumeurs diverses, et où il s'agissait de péritonites tuberculeuses. Or il advenait que ces péritonites, ainsi traitées par hasard, guérissaient.

Comment expliquer cette guérison à la suite d'une simple ouverture du ventre, sans toucher le moins du monde aux lésions ? On ne peut songer à trouver cette explication dans l'évacuation du liquide ascitique, puisque la ponction ne donne pas ce résultat. Certains auteurs pensent que cette laparotomie amènerait une inflammation qui produirait un bourgeonnement de la séreuse, d'où substitution du tissu de cicatrice au tissu tuberculeux. Mais cela n'expliquerait pas les cas guéris où l'on ne constate pas de tissu de cicatrice.

Enfin d'autres auteurs, parmi lesquels notre éminent maître, M. le professeur Folet, pensent que l'air agit directement par son contact en activant, en poussant à son maximum le phénomène de la phagocytose.

Quoiqu'il en soit, il est incontestable que la laparotomie donne d'excellents résultats, et, comme bien conduite, elle ne peut nuire, je vous la conseille toujours dans les formes ascitiques et dans les formes localisées. Quand la péritonite est rendue à sa période caséeuse, elle ne donne plus que de piètres résultats, et je vous conseille de recourir seulement, comme le préconise alors M. Folet, à la ponction simple suivie d'une injection d'air.

Malheureusement tous ces traitements restent quelquefois infructueux. Après deux ponctions, après sa laparotomie, notre petite malade a vu son liquide

se reproduire très rapidement. C'est d'un bien mauvais augure; et je crains que, chez elle, nous ne puissions arriver à enrayer le mal et que la tuberculose fasse ici son œuvre malfaisante.

FAITS CLINIQUES

Abcès du foie. — Opération de Stromeyer-Little. Guérison.

par le Dr **Potel,** chef de clinique chirurgicale.

Les abcès du foie sont assez rares dans notre région. Aussi, il nous a paru intéressant de rapporter l'observation suivante :

Charles G..., 25 ans, journalier, entre à l'hôpital de la Charité, le 9 novembre 1897, pour une tuméfaction de la région antéro-inférieure du thorax.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Le malade a fait son service militaire dans l'infanterie de marine. En 1894 et 1895 il a séjourné au Tonkin. Il eut un accès de dysenterie vers la fin de son séjour en 1895. Cet accès dura un mois et nécessita le rapatriement.

Le malade eut une rechute en juin 1896 et fut libéré au mois d'août suivant. Depuis lors, l'état est assez satisfaisant sauf des périodes de diarrhée revenant tous les mois.

En août 1897, après quelques jours de diarrhée, le malade se sent accablé, courbaturé. La peau prend une teinte subictérique. Un mois après apparaissent des douleurs dans la région du foie, puis la fièvre s'installa, avec des exacerbations vespérales et des rémittences matutinales. Le malade, ne s'améliorant pas, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur DUBAR.

Etat actuel. — Le malade a une teinte subictérique. Il est anémié. Température : matin 37°7, soir 39°2.

La région antérieure du thorax, au niveau du foie est légèrement surélevée. Pas de modifications de la peau. Cette tuméfaction mesure environ 12 centimètres de diamètre.

Ses limites, bien qu'assez difficiles à préciser, sont à peu près : en haut, la 6e côte ; en bas, 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; à gauche, le bord gauche du sternum ; à droite, la ligne abaissée du mamelon.

La percussion du foie donne en avant une matité sur une hauteur de 18 centimètres commençant à 3 travers de doigt en dessous du mamelon. En arrière, la région du foie fait une légère saillie. La matité s'étend sur une hauteur de 22 centimètres.

Pas de douleurs en arrière. En avant la pression est très douloureuse.

La rate ne paraît pas hypertrophiée.

A la palpation on perçoit une certaine résistance, mais pas de vraie fluctuation.

Diagnostic. Abcès du foie.

Pour assurer le diagnostic on fait une ponction avec l'aspirateur Potain, et on retire un litre et demi d'un pus verdâtre, bien lié, sans odeur. Ce pus fut examiné. Presque tous les résultats ont été négatifs.

M. le professeur BARROIS fit la recherche des amibes, sur plaque chauffante, sans succès. La même recherche faite dans les selles du malade resta également sans résultat.

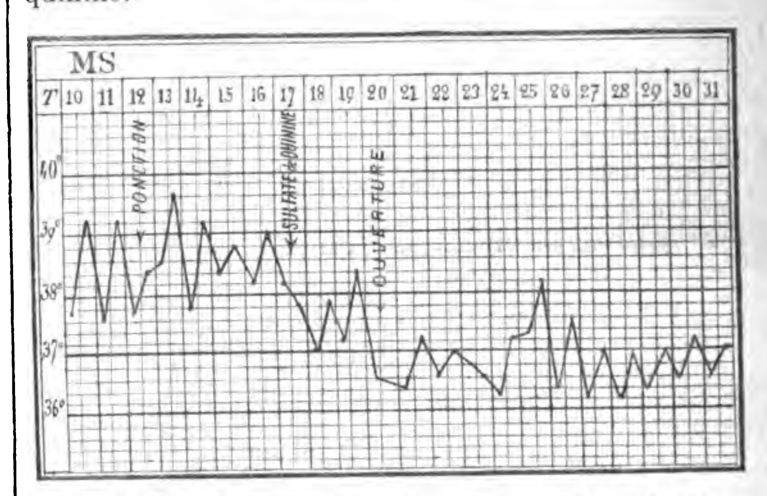
M. le professeur DEROIDE fit l'analyse bactériologique du pus. Tous les tubes ensemencés restèrent stériles. Par le microscope on ne découvrit aucun élément pathogène.

L'examen des selles et des urines est aussi négatif. Les urines ne contiennent ni pigments biliaires, ni urobiline.

La ponction amena une défervescence passagère. M. le professeur DUBAR résolut d'attendre quelques jours pour permettre à la poche de se reformer et alors intervenir d'une façon plus active.

Nous donnons ci-contre la courbe de température.

On peut noter l'action antithermique du sulfate de quinine.



L'opération fut pratiquée le 20 novembre. Après désinfection de la peau, M. le professeur DUBAR fit suivant le procédé de Stromeyer-Little une large incision de l'abcès. Il sortit une quantité de pus qu'on peut évaluer sans exagération à trois ou quatre litres.

Ce pus fut de nouveau examiné, mais sans résultat.

Le pus évacué, M. DUBAR mit dans la vaste poche de l'abcès deux gros tubes de Périer et fit un lavage aussi complet que possible.

Les suites opératoires furent excellentes. La fièvre tomba. Le malade fut nettement soulagé.

Tous les jours lavage (par la douche d'Esmarch) de la poche avec 2 litres de sublimé à $\frac{1}{2000}$ suivi d'un lavage à l'eau stérilisée.

Dix jours après on change les drains et on les remplace par d'autres d'un calibre plus petit.

La poche diminue rapidement. A la fin de décembre, le drain tombe.

Vers le 15 janvier 1898, la guérison peut être considérée comme définitive. Pendant sa convalescence, le malade n'a présenté, comme phénomène intéressant, que de légères crises de douleurs, dans la région thoracique droite, douleurs dues à la rétraction du foie.

Cette observation nous a paru intéressante surtout par ce fait, c'est que les études consciencieuses qui ont été faites du contenu de l'abcès ont montré une fois de plus que le pus des grands abcès du foie était stérile.

Peut-être y a-t-il là un nouveau fait en faveur de la théorie de M. le Dr CALMETTE, d'après laquelle les abcès du foie seraient dus à des toxines nécrosantes sécrétées par le bacille pyocyanique.

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE LILLE

NOMINATIONS

Par arrêté ministériel en date du 2 février, M. le professeur BARROIS est nommé assesseur du doyen de la Faculté de médecine.

D'après nos renseignements, le jury du prochain concours pour l'agrégation (chirurgie et accouchements), qui doit s'ouvrir le 7 mars à Paris, serait ainsi composé :

GUYON, président; PANAS, LE DENTU, LANNELONGUE, PINARD, DE LAPERSONNE (Lille), ESTOR (Montpellier), PIÉCHAUD (Bordeaux), POLLOSSON (Lyon).

SOUTENANCE DE THÈSE

M. VANHEEGER (H.-C.-C.), de Dunkerque, a soutenu, le 5 février, sa thèse inaugurale (5e série, no 68) intitulée : **De la dilatation des bronches chez l'enfant. Essai pathogénique.**

CONCOURS D'AGRÉGATION

Voici la lists des dernières leçons d'une heure traitées par les candidats :

MM. TEISSIER (Paris), Conditions de développement des maladies épidémiques.
BARBIER (Paris), Gommes syphilitiques viscérales.
PÉRON (Paris), La saignée.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons le plus grand plaisir à annoncer à nos lecteurs, l'apparition du premier numéro des *Annales d'électrobiologie, d'électrothérapie et d'électrodiagnostic*, dont le rédacteur en chef est notre excellent collègue, à la Faculté, le professeur DOUMER. Sa compétence comme savant et comme praticien assure par avance à ces Annales, paraissant tous les deux mois, une vitalité, pour laquelle la rédaction de l'*Écho médical du Nord* forme les vœux les meilleurs.

OUVRAGES REÇUS

— *Le torticolis et son traitement*, par le docteur RÉDARD, Carré et Naud.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

5e SEMAINE DU 30 JANVIER AU 5 FÉVRIER 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	5
3 mois à un an	12	7
1 an à 2 ans	6	2
2 à 5 ans	5	4
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans	3	»
20 à 40 ans	10	4
40 à 60 ans	9	7
60 à 80 ans	8	16
80 ans et au-dessus	3	6
Total	63	53

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	6	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	2	5	2	1	»	»	2	»	»	»	»	»	9	21	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2	»	»	1	»	»	»	»	»	6	12	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	1	»	»	1	1	2	»	»	»	7	16	20
Vauban, 20,381 hab.	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	7	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	4	1	1	»	»	3	1	»	»	»	»	12	23	14
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	6	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	1	1	»	»	»	»	1	6	9
Fives, 24,191 hab.	»	4	»	»	»	»	»	1	2	»	2	»	»	2	»	1	»	»	»	3	15	22
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	6
Total	»	4	1	»	1	»	»	4	21	6	10	»	»	14	3	3	»	»	»	49	116	124

N° 58. Deuxième Année, N° 8. Le Numéro : **10** centimes. 20 Février 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration *(abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie* LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*
Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

AVIS. — **Nous prions nos abonnés qui ne nous ont pas encore envoyé le montant de leur abonnement de faire bon accueil au reçu qui sera présenté prochainement par la poste.**

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — CHIRURGIE DE L'ESTOMAC : L'ulcère et ses complications, par le docteur O **Lambret**. — Intérêts professionnels. — Nouvelles. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le vésicatoire est dangereux souvent, et inutile presque toujours : voilà l'opinion qu'exprime M. HUCHARD à l'**Académie de médecine**. S'il existe chez les malades une tare rénale, ils sont très exposés à la néphrite cantharidienne. On abuse des vésicatoires dans la phtisie chronique. GRANDMAISON a insisté récemment sur les accidents formidables qu'ils peuvent produire dans cette affection. Ils sont dangereux dans les maladies infectieuses ; les cas d'infection générale et d'endocardite maligne consécutifs à une lésion cutanée sont nombreux et bien connus aujourd'hui. Mais la plaie du vésicatoire peut être la cause d'accidents analogues. Dans la pneumonie, où la néphrite se produit parfois, il est interdit d'introduire de la cantharide dans l'organisme. D'ailleurs TALAMON a vu une pneumonie causée par un vésicatoire. LAENNEC et LABORDE ont vu la pleurésie augmenter sous son influence. Il est sans action aucune contre la fièvre pleurétique.

Dans la méningite, dans les affections chirurgicales, son rôle est tout bonnement illusoire. Que reste-il de cette médication ? Une simple révulsion amenant une augmentation de la ventilation pulmonaire ; tous les révulsifs en font autant.

M. PANAS rappelle qu'en chirurgie, on s'en sert fréquemment dans les arthrites, l'iritis, etc. Il reste partisan absolu de la révulsion et de la dérivation en thérapeutique. M. CORNIL appelle l'attention sur les effets physiologiques de la cantharidine. Elle agit avant tout sur le rein, et aussi bien sur les cellules épithéliales que sur le tissu conjonctif. Tous les moyens révulsifs peuvent remplacer le vésicatoire et n'ont pas ses inconvénients.

⁂ M. CARRIÈRE montre que le froid produit une diminution du nombre des hématies qui abandonnent au sérum une partie de leur matière colorante.

A la **Société de Biologie**, MM. LAPICQUE et AUSCHER continuent leurs recherches sur le pigment sanguin qu'ils ont décrit sous le nom de rubigine. Ils ont cherché à en déterminer la production expérimentale. La rubigine se trouve dans les mailles de la pulpe splénique; elle se présente sous forme de grains ou d'amas ramifiés; dans le foie, elle est surtout dans les espaces conjonctifs. M. LAVERAN fait observer qu'à l'état pathologique, la rubigine s'accumule dans les cellules.

⁂ M. COURMONT dit que les lapins splénectomisés ont une réaction microbiophile vis-à-vis du staphylocoque; au contraire, leur sérum est légèrement bactéricide pour le streptocoque de MARMOREK.

*** MM. Leroy-Desbarres et Weinberg ont observé nombre de fois la lactescence du sérum des sujets atteints de charbon externe. Elle est probablement d'origine toxique et n'a aucun rapport avec des lésions rénales. Ce sérum lactescent n'est pas microbicide pour la bactéridie.

*** M. Féré a constaté que les malades qui reçoivent de l'atropine dans l'œil après un accès épileptique ont une mydriase très marquée et très rapide. Le fait doit être dû à l'état d'épuisement nerveux qui suit l'attaque. M. Dupuy invoque pour expliquer cette mydriase si facile une vaso-dilatation passive qui mettrait le cerveau dans un état de non-fonctionnement. — M. Féré rapporte en outre l'observation d'un sujet qui eut des accès de surdité subite. Un accès plus long se termina par une crise épileptique. On doit rapprocher ce phénomène des accès de cécité liés au mal comitial.

*** M. Thomas étudie les terminaisons centrales de la racine labyrinthique.

*** M. Alezais envoie une note sur le rein du cobaye. Il pèse 1,04 °/₀₀ du poids du corps au lieu de 0,43 chez l'homme et 0,59 chez le chien.

M. Walther étudie les abcès du foie à la **Société de chirurgie**. On les confond aisément avec la congestion hépatique ou la lithiase. Quand il y a une tumeur nette, on peut la prendre pour un kyste hydatique suppuré ou une pleurésie enkystée. Dans d'autres cas, le foie est gros, il y a de la fièvre, on soupçonne l'abcès, mais sans certitude. C'est ainsi que Zancarol a pratiqué une fois 30 ponctions et une laparotomie exploratrice sans parvenir à trouver un abcès qui était gros comme une tête de fœtus. Le pus stérile est l'exception ; on trouve le streptocoque, le coli-bacille, le staphylocoque, etc. M. Gérard-Marchant insiste beaucoup de son côté sur les difficultés du diagnostic, même lorsqu'on pratique une laparotomie exploratrice latérale : il y a grand avantage à faire la laparotomie médiane.

*** MM. Hartmann et Fredet font la ligature de l'artère utérine à son origine dans le cancer inopérable de l'utérus ; on diminue ainsi les écoulements, au moins pour un temps.

*** M. Reynier a fait chez un chien la suture de l'uretère et du canal cholédoque après section complète ; le calibre des canaux est resté normal et la suture de muqueuse à muqueuse a parfaitement réussi.

*** M. Gérard-Marchant présente un malade auquel il a pratiqué, avec succès, des injections de chlorure de zinc pour une tuberculose du pied paraissant nécessiter l'amputation.

M. Lucas-Championnière dit que chez l'adulte il faut employer un grand nombre d'injections, pour obtenir un résultat. M. Routier vante le massage auquel il doit une guérison dans une ostéo-arthrite tuberculeuse du pied.

*** Spondylose rhizomélique, tel est le nom que M. Marie, à la **Société médicale des Hôpitaux**, donne à un syndrome caractérisé par une soudure complète du rachis en cyphose cervico-dorsale, coïncidant avec une ankylose des articulations coxo-fémorales et scapulo-humérales. Les petites jointures des membres sont absolument indemnes. Chez les malades présentés par l'auteur, les côtes ont perdu toute mobilité, la marche sans béquilles est rendue difficile et pour rester débout, ils sont obligés de fléchir plus au moins les genoux. Cette affection n'a été observée encore que dans le sexe masculin ; elle débute dans les dernières années de l'adolescence ou la première moitié de l'âge adulte. Il y a lieu de croire qu'il s'agit d'un trouble de la nutrition.

*** M. Variot fait une communication ainsi intitulée : Microsphygmie permanente sans lésions cardiaques appréciables, chez un enfant de quatre ans ; refroidissement habituel des extrémités ; ichthyose de la peau du tronc.

*** M. Siredey a obtenu d'excellents résultats dans le traitement des hémorragies par des applications de sérum gélatiné, suivant la méthode de Carnot.

A la **Société de Dermatologie**, M. Baudoin montre une petite fille de 12 ans, présentant une ulcération de la joue de nature indéterminée.

*** M. Eudlitz étudie une éruption erythémato-papuleuse syphiloïde. C'est probablement une variété de psoriasis aigu, d'après Besnier.

*** M. Ducastel observe un éléphantiasis de la verge qu'il va traiter par l'électrolyse ; la verge a 16 centimètres de long sur 15 de circonférence. MM. Emery et Glantenay ont un malade du même genre qu'ils croient être atteint de syphilome hypertrophique diffus.

*** M. Ducastel montre un homme qui a eu deux fois la syphilis. M. Barbe a vu chez deux sujets des plaques muqueuses durant depuis vingt ans.

M. Barthélemy distingue nettement des accidents hérédo-syphilitiques, les accidents para-hérédo-syphilitiques qui ne sont que des stigmates de dégénérescence,

son influençables par le traitement spécifique Cette dégénérescence est fréquemment monosymptomatique.

⁂ M MILIAN présente une femme ayant eu une dermatite exfoliatrice intense et grave à la suite de l'absorption de 1 gr. 50 de protoiodure en 15 jours. L'intégrité fonctionnelle du rein était parfaite.

⁂ MM. GASTOU et EMERY ont vu se produire, après l'application d'un emplâtre révulsif, des abcès froids sous-cutanés multiples où ils ont trouvé des spores isolées ou en colonies et un gros bacille indéterminé. Les mêmes auteurs montrent sur un malade des taches pigmentaires variqueuses nœviformes

MM. BAR et MERCIER, à la **Société d'obstétrique**, parlent de la rupture spontannée d'une corne utérine à la fin de la grossesse. On fit l'opération de PORRO; la malade succomba. L'autopsie fit voir une déchirure du bord droit de la matrice ; il a dû y avoir une grossesse interstitielle, progressivement transformée en grossesse utérine.

⁂ M. BONNAIRE fait fait une communication sur une primigeste de 24 ans ; il s'est développé, au cours de la grossesse, une intumescence thyroïdienne qui allait asphyxier cette femme et l'on dut provoquer l'accouchement. C'est en somme un cas de maladie de BASEDOW fruste, une auto-intoxication thyroïdienne d'origine gravidique.

⁂ M. TISSIER présente un utérus fibromateux de 3,200 gr. qui a nécessité l'hystérectomie pendant la grossesse.

⁂ M. BOISSARD a radiographié une femme chez laquelle il a pratiqué l'opération césarienne. Le diamètre promonto-sous-pubien ne dépassait par 4 centimètres. L'enfant naquit avec un double pied-bot varus équin.

⁂ M. MAYGRIER présente le moulage d'un enfant né avec une éventration par où s'échappaient l'estomac et tout l'intestin ; puis un monstre cœlotomien, enfin un enfant vivant atteint de proencéphalie et de syndactylie. Le père est syphilitique.

A la **Société d'anatomie**, M. APERT apporte un rein droit qu'il a trouvé, à une autopsie, devant le promontoire. Le poumon droit, chez le même sujet est divisé en quatre lobes.

⁂ MM. PÉRAIRE et MALLY font voir un homme qui a six doigts et six orteils de chaque côté.

⁂ M. RABÉ montre une obstruction du cholédoque par deux calculs dont l'un fait saillie dans l'ampoule de VATER Les voies biliaires sont dilatées, même la vésicule. Le foie est atteint de cirrhose atrophique ; la sclérose est périportale et ne paraît pas avoir pour centre les canalicules biliaires ; la veine porte est thrombosée par une phlébite ancienne.

⁂ M. FREDET étudie la technique de la ligature de l'artère utérine à son origine, dans la fossette ovarienne.

⁂ M. FINET a observé une grossesse compliquée de fibromes, il y avait trois tumeurs et on a été amené à faire l'hystérectomie abdominale totale.

⁂ M. Paul DELBET présente une pièce recueillie sur le cadavre d'un homme ayant marché assez longtemps avec un fémur fracturé en dedans du grand trochanter. Il n'y a aucune tendance à la réparation. M. DELBET apporte aussi un kyste, développé dans le trajet inguinal, aux dépens du conduit péritonéo-vaginal.

⁂ M. PILLIET a observé la dégénérescence épithéliomateuse d'une loupe du cuir chevelu. Enfin, M CASTAIGNE montre les pièces d'un cas de sigmoïdite ulcéro-végétante de l'artère pulmonaire, avec infarctus multiples dans le poumon. La lésion, due au streptocoque, s'est développée chez un enfant de quinze ans, à la suite de la fièvre typhoïde.

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

L'ulcère et ses complications

par le Dr O. Lambret, chef de clinique chirurgicale

Parfois, et c'est là une constatation d'ordre général, les idées les plus justes, avant de triompher, ont rencontré des obstacles de toute nature. Mais la mauvaise fortune n'est pas indéfinie dans son acharnement, et la lumière finit toujours par se faire. Le premier qui opéra par la gastro-duodénostomie un malade atteint de sténose du pylore avec dilatation stomacale fut RYDYGIER, et ce chirurgien montrait alors (en novembre 1881) une audace extrême ; lorsqu'en 1882, après un succès complet, il publiait son observation, le *Centralblatt fur chirurgie*, journal qui cependant n'est pas hostile aux novations hardies, donnait un résumé de son travail intitulé : *La première résection de l'estomac pour ulcère*, et ajoutait d'une façon peu encourageante, *et la dernière, espérons-le*. Depuis, le principe d'une chirurgie non cancéreuse de l'estomac a fait son chemin d'une façon très lente. Nous ne pouvons faire ici un historique complet de la question en ce qui concerne l'ulcère. Qu'il nous suffise de citer quelques essais plus ou moins bien dirigés, avec des

résultats très divers, tentés par CZERNY, par BILLROTH, par HEINECKEIC, par MICHULZ, en 1888. LORETA pratique l'opération qui porte son nom ; puis viennent les premières opérations de DOYEN (1892) ; en même temps que lui, TERRIER et quelques autres interviennent d'une façon plutôt timide. A l'heure actuelle, le terrain gagné est plus considérable, et le chirurgien ne paraît plus aussi révolutionnaire, lorsqu'il parle de porter le bistouri sur un organe considéré trop longtemps par les médecins, comme exclusivement de leur apanage. Les sociétés dont les compte-rendus sont lus partout, et où nous avons coutume d'aller chercher la bonne parole, commencent à s'occuper de la question ; l'ulcère de l'estomac vient d'avoir les honneurs d'une discussion à la Société de chirurgie, où il y a encore de nombreux hésitants ; DIEULAFOY à l'Académie de médecine vient de poser la nécessité de l'intervention dans certains cas d'hématémèse, et depuis longtemps HAYEM n'hésite plus à confier au chirurgien, les malades chez lesquels il a pu porter le diagnostic de sténose du pylore. Somme toute, les progrès sont énormes, et nous pouvons prévoir le moment où personne ne s'étonnera plus de nous voir « traiter l'intestin en pays conquis. »

L'ulcère de l'estomac, lorsqu'il est établi, soulève au point de vue thérapeutique deux questions différentes. Il faut en effet distinguer le traitement des complications et des conséquences, et le traitement de l'ulcère lui-même. Certaines complications ne peuvent être combattues qu'en guérissant l'ulcère, en s'attaquant directement à lui. Ce sont les modifications de l'état général, la dénutrition, la tuberculisation ; il en est d'autres d'origine locale, qui nécessitent un traitement local, ce sont : la perforation, l'hémorrhagie, les adhérences péristomacales, les sténoses cicatricielles. Nous allons les étudier les premières, avant d'aborder l'ulcère.

La *perforation de l'estomac* au cours d'un ulcère de cet organe, ne saurait nous retenir longtemps ; la question est au point, et tout le monde est d'accord sur l'opportunité de l'intervention. Quand l'estomac est perforé, que son contenu a pénétré dans la cavité péritonéale et a provoqué comme c'est la règle, l'apparition d'une péritonite suraiguë, l'ulcère passe en second plan, et ne constitue plus qu'un incident. La seule difficulté réside dans le diagnostic, mais aussitôt qu'il est porté, il n'y a plus d'hésitation à avoir. La plupart du temps, on ne possède que des présomptions tirées des commémoratifs et du passé stomacal (nul dans le cas d'ulcère latent), de la soudaineté et de la localisation primitive de la douleur, dans bien des cas on se trouve en face d'une péritonite et c'est au cours des recherches opératoires qu'on en découvre la cause dans la constatation d'une perforation ordinairement petite. Ce point particulier rentre donc plutôt dans la question des peritonites et de leur traitement, nous n'insistons pas.

Les hémorrhagies. -- Il est très peu d'ulcères qui ne saignent pas. L'hémorrhagie présente des caractères différents suivant les cas, et varie quant à l'abondance, quant à la durée. Souvent elle peut passer inaperçue, surtout quand on n'examine pas les selles, et se réduit à quelques grains noirs qu'on trouve dans les mucosités vomies. Dans d'autres cas, au contraire, rares heureusement, l'hémorrhagie est foudroyante, c'est qu'une artère d'important calibre s'est trouvée érodée ; alors la mort survient en quelques minutes et quelquefois il n'y a même pas de vomissement, mais on trouve l'estomac plein de sang ; l'hémorrhagie peut être considérable sans toutefois amener un aussi terrible dénouement, on observe alors tous les signes d'une hémorrhagie interne : pâleur de la face, refroidissement des extrémités, bourdonnement d'oreilles, vertiges, lipothymie, syncope, sensation de chaleur à l'estomac, puis le malade rend dans un effort de vomissement un flot de sang rouge ; nous avons assisté chez un malade atteint d'ulcère du pylore, dont nous publierons un jour l'observation, à la production d'une hémorrhagie très abondante (plus d'un litre et demi de sang vomi) ; une heure après la température était descendue à 35.7, le pouls étant à plus de 130. Ces hémorrhagies ne sont d'ailleurs pas le monopole de l'ulcère ; nous possédons l'observation d'un malade gastro-entérostomisé par notre excellent maître M. le professeur FOLET pour cancer de la paroi postérieure, et qui mourut en cinq minutes, quatre jours après l'opération, alors qu'il allait tout à fait bien ; on trouva à l'autopsie l'estomac et l'intestin pleins de sang, venu du cancer. Enfin, dans la plupart des cas, l'hémorrhagie n'est pas suffisamment abondante (50, 100, 200 gr.) pour donner des inquiétudes et nécessiter un traitement chirurgical d'urgence. Il n'en est plus de même quand elle affecte les caractères précédents. La vie est en péril, l'intervention s'impose. M. DIEULAFOY insiste surtout dans sa toute récente communi-

cation à l'Académie de Médecine, sur l'abondance de l'hémorrhagie comme indication opératoire, il voit dans cette abondance la preuve de la lésion d'un vaisseau important. Cependant, quoi qu'en dise DIEULAFOY, l'indication opératoire doit plutôt être fournie par la répétition de l'hémorrhagie (il ne s'agit pas, bien entendu, de la répétition d'hémorrhagies petites et insignifiantes). Il n'est si grande hémorrhagie qui ne puisse s'arrêter spontanément, il n'est si grosse artère qui ne soit susceptible d'être obturée par un caillot; dans ces conditions, si l'hémorrhagie s'arrête, si un caillot s'est formé, il nous semble superflu d'intervenir. Au contraire, si après s'être arrêtée, l'hémorrhagie reprend de plus belle, il n'y a plus à attendre et il faut intervenir rapidement, sans perdre une seconde. C'est une question de vitesse; si on hésite, si on se laisse aller à des tergiversations, on finira par opérer un malade vidé de sang et incapable de résister au moindre choc.

Si les statistiques des interventions pour l'hémorrhagie sont encore peu encourageantes,c'est parce que les malades sont opérés trop tard ; à ce point de vue, beaucoup de médecins, au lieu de se retrancher derrière nos chiffres, devraient faire leur mea culpa.

L'intervention devra d'abord trouver la source de l'hémorrhagie ; ordinairement, l'examen extérieur de l'estomac alors qu'on l'aura dans la main permettra de découvrir l'endroit où siège l'ulcère, on a alors la sensation d'une surface indurée et plus ou moins étalée suivant que l'ulcère est plus ou moins volumineux. Mais cette recherche peut être entourée de difficultés, M. DIEULAFOY vient avec raison d'attirer à nouveau l'attention sur ce point ; nous savions déjà par la lecture des observations que la surface saignante pouvait passer inaperçue et échapper aux recherches de l'opérateur; nous savons maintenant qu'elle peut n'être qu'une simple exulcération très superficielle, exulceratio simplex, qu'il faut savoir chercher; il faudra donc, après avoir largement ouvert l'estomac, examiner minutieusement la muqueuse, l'essuyer avec des compresses jusqu'à ce qu'on découvre le point qui donne. Divers moyens ont été employés pour arrêter l'écoulement de sang, la cautérisation de la surface ulcérée a donné d'excellents résultats, mais elle laisse les dangers d'une récidive à la chute de l'escharre ; dans d'autres cas le curettage de l'ulcère a été pratiqué, suivi de la suture des bords, ce procédé opératoire a toujours été couronné de succès. La suture est en effet un excellent moyen d'hémostase, surtout quand l'hémorrhagie se fait en nappe. Quand l'hémorrhagie est produite par une artère qui continue quand même à donner, on est autoriser à pratiquer la ligature à distance de la branche artérielle qui irrigue le territoire atteint ; cette conduite a été suivie sans inconvénient par ROUX chez l'homme, par MARION (1) chez le chien. Cette manière d'agir a sa raison dans une disposition anatomique : de l'arc artériel de la petite courbure, les artères de l'estomac descendent en suivant une direction perpendiculaire au vaisseau qui leur a donné naissance, il est donc facile de les lier à leur origine ; immédiatement après cette ligature le jet artériel s'arrête, et il ne persiste plus qu'un suintement facile à arrêter par la suture, qui suffira d'ailleurs dans la majorité des cas. Il faut de toute façon n'abandonner le malade que lorsque l'hémorrhagie est bien définitivement arrêtée.

Les adhérences. — Elles sont très nettement le résultat du processus inflammatoire qui accompagne l'évolution de l'ulcère. La séreuse péritonéale réagit à sa manière par la production de néo-membranes qui relient l'estomac aux organes voisins, à la paroi abdominale antérieure. Leur existence peut passer inaperçue quand elles n'occasionnent par leur présence aucune gène notable de la fonction stomacale. Ces adhérences sont plus ou moins étendues ; entre le large plastron de périgastrite qui immobilise tout l'estomac et la simple bride, on observe tous les intermédiaires. Elles agissent de deux façons : 1° en amenant la production d'une coudure au niveau du pylore, comme nous en avons observé un cas, ce sont alors des brides reliant un point du voisinage du pylore à la face inférieure du foie, un point de l'estomac à un autre point du même organe ; par leur rétraction elles produisent une mauvaise position, une torsion, une coudure, une sténose extrinsèque de l'orifice pylorique et consécutivement la stase alimentaire. 2° l'estomac peut être gêné dans son ampliation : sont principalement en cause les adhérences à la paroi antérieure ; la distension se trouve entravée, de même que les contractions et les mouvements péristaltiques ; il en résulte un brassage insuffisant des aliments, et un empêchement dans l'évacuation de l'estomac, d'où encore stase alimentaire et ses conséquences. Dans certains cas il arrive que l'existence de ces adhérences se trouve être

(1) MARION. — Th. Paris 1897.

une circonstance heureuse, c'est quand l'ulcère arrive à perforer l'estomac, elles constituent alors une barrière, et s'opposent à l'issue des matières septiques dans la cavité péritonéale, c'est encore grâce à elles que l'ulcère peut éroder une partie quelconque de l'intestin, et créer ainsi, chose curieuse, une gastro-entéro-anastomose spontanée.

Il est difficile de faire le diagnostic d'adhérences péristomacales ; il faut étudier avec soin l'histoire de la maladie, mais quand on ne les sent pas, on ne peut que les supposer, aussi sont-elles toujours, à quelques rares exceptions près, des découvertes opératoires ; quand elles sont perceptibles à la palpation, il est difficile de ne pas les prendre pour du cancer ; on a dit que le cancer était moins diffus, plus localisé, plus limité ; on a dit encore, que dans le cancer l'estomac insufflé n'était pas modifié dans sa forme, tandis qu'il possède une forme des plus irrégulières quand il est adhérent aux organes voisins.

La statistique (Marion) fournie par le traitement opératoire, n'est obscurcie par aucun cas de mort, et ultérieurement les résultats fonctionnels ont été aussi bons que possible. La plupart du temps les opérateurs se sont contentés de détruire adhérences et brides ; rarement ils ont réséqué en outre, la paroi stomacale adhérente ; Doyen, Folet (cas cité plus haut), terminèrent par la gastro-entérostomie. Il est certain que la conduite à tenir doit être différente suivant que les adhérences sont étendues, ou très limitées.

Dans le dernier cas, nous recommandons le procédé décrit par M. Bouquet de Jolinière (1), c'est la libération des adhérences suivie de la péritonisation des surfaces cruentées qui s'obtient en rapprochant les bords et en adossant séreuse à séreuse ; on a grande chance d'éviter, de cette façon, la récidive.

Quand les adhérences sont étendues, mais facilement décollables, on peut se laisser aller à appliquer la méthode de Welterborn ; celui-ci a constaté chez les animaux qu'après l'application de pointes de feu, on obtenait des cicatrices nacrées et non adhérentes, d'où il conclut que la libération des adhérences au thermocautère évitera leur reproduction. Marion conseille, dans le cas d'adhérences non décollables, mais peu étendues, d'employer la résection ; dans le cas d'adhérences très étendues et non décollables, la gastro-entérostomie ; cette conduite est logique. Cependant, la gastro-entérostomie n'est pas plus grave que la résection, elle pourrait donc être employée dans les deux cas.

(1) Thèse Lyon 1896.

Les sténoses. — Nous n'envisageons dans ce chapitre que les sténoses anatomiquement constatables, d'origine cicatricielle pour la plupart, et pour lesquelles la nécessité de l'opération est reconnue même par beaucoup de médecins. Cette question est trop vaste pour être traitée convenablement dans cet article, nous ne ferons que l'indiquer, nous réservant d'y revenir. Un ulcère cicatrisé peut par le fait de sa cicatrice même, donner naissance à un rétrécissement plus ou moins serré, qui sera l'origine de troubles dans la fonction stomacale. Ce rétrécissement peut siéger au pylore ou dans son voisinage comme c'est le cas le plus fréquent ; mais on peut également le rencontrer ailleurs, on se trouve alors en présence d'un estomac biloculaire, qui n'est qu'une variété de la sténose pour laquelle il n'est pas besoin de créer un chapitre spécial, comme on l'a fait avant nous. Le rétrécissement cicatriciel peut être circulaire comme l'était l'ulcère qui lui donna naissance ; ordinairement, il n'occupe qu'une paroi de l'organe, mais, par suite du travail de rétraction dont il est le siège, il attire les autres parois, il peut même en résulter la formation d'une sorte de valvule ; que cette valvule existe ou non, l'orifice pylorique se trouve plus ou mois rétréci et les symptômes de la sténose complète ou incomplète apparaissent. Il ne faut pas croire que ce soit chose facile, même aujourd'hui, alors qu'on en parle beaucoup, de poser le diagnostic de rétention stomacale par sténose. Tout d'abord, cette rétention n'est pas fatale, elle est sous la dépendance du degré d'irritation de l'estomac, et on peut se trouver en présence d'un organe intolérant, qui rejette par vomissement et rapidement toutes les substances ingérées, dans ces conditions rares il est vrai, il n'y a ni rétention ni dilatation ; dans la majorité des cas cependant, l'estomac est dilaté, mais il ne faut pas s'attendre à trouver toujours une dilatation énorme ; nous n'insistons pas sur les signes fournis par la dilatation ; on observe en outre des douleurs et des vomissements, les douleurs existent dans tous les cas, mais à des degrés variables, il peut même y avoir des rémissions passagères pendant lesquelles les malades ne souffrent plus ; par contre elles peuvent prendre le caractère de crises gastriques terribles ; les vomissements sont la terminaison naturelle de ces crises gastriques, ils sont

la terminaison voulue et cherchée par le malade de ses douleurs : quand l'estomac ne peut plus évacuer son contenu par le pylore, il est logique qu'il l'évacue par le cardia. Nous n'insisterons pas non plus sur les caractères que peuvent présenter les vomissements, sur l'altération plus ou moins grande des matières rejetées. HAYEM accorde une grande valeur à la constatation d'un signe qui pour lui est pathognomonique de la sténose, la présence le matin à jeun de liquide résiduel avec débris alimentaires dans l'estomac ; un autre signe est encore fourni par la contraction péristaltique de l'estomac ; ordinairement la paroi abdominale est amincie et on peut voir dans l'hypochondre gauche une masse globuleuse qui se contracte, gagne la ligne médiane et la franchit en même temps que le malade ressent comme une petite colique; cette contraction de l'estomac n'a guère été constatée que dans la sténose du pylore. Certains symptômes sont encore tirés de l'analyse du chimisme et aussi du dosage de l'azote dans les selles (ROBIN), nous n'insistons pas davantage aujourd'hui. Mais quand on a cité tous ces signes, il faut encore décrire ce qui se passe du côté de l'état général ; au début, il y a de l'amaigrissement, puis on assiste à une déchéance graduelle de l'organisme qui l'expose à toutes les infections. D'ailleurs tous les malades qui souffrent de l'estomac ont un aspect particulier, présentent une apathie caractéristique; POZZI insiste beaucoup sur le syndrome utérin dans les affections de la matrice ; de même qu'il existe un syndrome utérin, on peut dire qu'il y a un syndrome stomacal, mais les proportions de cet article nous interdisent de nous appesantir pour le moment là-dessus. Notre diagnostic n'est pas encore posé.

Ne s'agit-il pas d'une gastro-succhorée de REICHMANN ? Les médecins discutent encore pour savoir si cette maladie existe ou n'existe pas, on comprend que le chirurgien n'ait pas d'opinion. La dilatation de l'estomac est-elle la conséquence d'un obstacle siégeant au niveau du pylore, ou est-ce une dilatation par atonie ? S'agit-il d'une sténose sous-pylorique? La solution de ces problèmes est très difficile, et il s'agit plutôt de poser des indications opératoires, le diagnostic suivra. Les indications sont fournies par la constatation bien nette du défaut de l'évacuation de l'estomac, d'où résulte la stase, par l'amaigrissement du malade dont l'état général se trouve menacé, par la résistance de l'affection au traitement médical longtemps prolongé, Dans ces conditions, alors qu'il paraît bien avéré que la médecine est impuissante, il ne faut pas attendre que le malade soit mourant ou incapable de résister au choc pour opérer, il faut intervenir.

Comment? Nous ne ferons que l'indiquer, car ce point fournit encore matière à un grand développement. Plusieurs opérations sont dirigées contre la sténose cicatricielle du pylore ; l'opération de Loreta est la divulsion digitale du pylore, mais cette dilatation à l'aide du doigt est aveugle et peut causer une perforation ou une hémorrhagie, de plus elle expose à la récidive du rétrécissement. La pyloroplastie ou opération de HEINECKE-MICKULICZ, a encore pour but d'agrandir l'orifice pylorique, elle consiste en une section simple du pylore suivant son axe suivie d'une suture transversale, c'est une opération qui a l'avantage de ne pas changer les rapports anatomiques, mais qui n'est pas applicable dans tous les cas; elle n'est pas possible quand il existe des adhérences, elle n'amène d'ailleurs pas une amélioration des fonctions plus considérable que la gastro-entérostomie. La pylorectomie est une opération beaucoup plus sérieuse qu'on ne doit employer qu'en présence d'une tumeur sur la nature de laquelle on a des doutes. L'opération de choix est la gastro-entéro-anastomose. Nous ne pouvons décrire ici les divers procédés employés, cela nous entraînerait trop loin.

Nous abordons maintenant la seconde partie de la question : l'ulcère et sa cure radicale, et nous allons voir jusqu'à quel point l'intervention chirurgicale est indiquée dans une affection qu'on a coutume d'abandonner aux seuls médecins. Il faut tout d'abord faire deux parts des ulcères de l'estomac, ceux qui guérissent d'emblée et rapidement, en l'espace de trois mois, par le repos de l'organe et le régime lacté; ceux-là, évidemment, peuvent toujours se perforer, donner lieu à des hémorragies, plus tard à des sténoses, mais nous venons de voir que nous n'étions pas complètement désarmés devant ces complications, qui sont d'ailleurs relativement très rares dans ces cas d'ulcères bénins, comme les appelle MARION. Ces ulcères qui cèdent à un traitement bien conduit sont d'ailleurs le nombre (1). En revanche, il en est de rebelles à tous les traitements, ou qui, pendant qu'ils se cicatrisent, préparent déjà leur récidive.

(1) MARION fixe à six mois de traitement médical les délais après lesquels l'ulcère est justiciable du traitement chirurgical.

Contre ceux-là le traitement médical échoue complètement, et les porteurs de ces ulcères tenaces et opiniâtres ont une vie intolérable. C'est d'abord l'assujettissement à suivre le régime, et l'appréhension du repas qui ramène à sa suite les douleurs, les vomissements. C'est aussi le rationnement instinctif, d'où résultent non seulement la privation de la plupart des agréments de la vie, mais encore l'alimentation insuffisante et la déchéance consécutive de l'organisme. Il y a entre les statistiques faites en ville et celles faites à l'hôpital un écart considérable au point de vue de la mortalité fournie par l'ulcère, allant de 12 % en ville, jusqu'à 50 % à l'hôpital, cela tient à ce que les malades de l'hôpital, les malades pauvres ne peuvent suivre strictement aucun régime, « à la rigueur, disions-nous ailleurs, dans la classe aisée, il est encore très possible de suivre un régime, dont la sévérité n'est pas excessive, qui trouve un adjuvant sérieux et de grande valeur dans le repos du corps et de l'esprit. Mais si cet homme est pauvre, s'il gagne mal sa vie et nourrit péniblement sa famille, il devient impossible de lui imposer à lui aussi, le régime et le repos du corps même relatif » (1).

Ainsi donc l'absence de guérison de certains ulcères se trouve expliquée par l'impossibilité d'un traitement convenable, mais cette explication ne peut suffire à tous les cas d'ulcère rebelle, et ici nous devons regretter l'ignorance dans laquelle nous sommes d'une pathogénie exacte de l'ulcère d'estomac; il existe un certain nombre de problèmes, en pathologie stomacale, qui demeurent insolubles et qu'on essaie de résoudre par des hypothèses; notre opinion personnelle, c'est que la chirurgie est appelée à être d'une grande utilité à la médecine en cette affaire, et il n'est pas impossible que, tout comme elle a permis une connaissance exacte des faits dans la question de l'ancienne typhlite, elle ne rende les mêmes services pour l'estomac. Un fait paraît bien certain, et tend de plus en plus à être admis par tous, l'ulcère de l'estomac dégagé par Cruveilher à l'époque anatomo-pathologique, n'est pas une entité morbide; c'est une complication d'une affection plus ou moins chronique de la muqueuse stomacale, et non pas une maladie particulière, pas plus par exemple que les ulcérations intestinales pendant la fièvre typhoïde. Mais en ce qui nous concerne il est au moins aussi intéressant de connaître ce qui empêche la guérison de l'ulcère,

(1) V. Lambret. Bull. Méd. de Paris, 10 octobre 1897.

puisque sa cause reste hypothétique et subordonnée à des facteurs très divers d'ailleurs.

En même temps qu'un ulcère douloureux, on observe une hypersécrétion stomacale, spasme pylorique et une mauvaise évacuation, c'est-à-dire de la rétention alimentaire. Nous allons voir comment ulcère, hypersécrétion, spasme du pylore, stase alimentaire se comportent les uns vis-à-vis des autres.

Hypersécrétion. — On a dit que l'hypersécrétion était la cause de l'ulcère, et que, quand l'ulcère était constitué, le contact continuel de suc gastrique défectueux et abondant était une cause d'aggravation. La chose est possible, mais la réciproque est vraisemblable, comme le fait très justement remarquer E. Lambotte (1); il suffit de raisonner par analogie: la sialorrhée ne manque jamais dans les ulcérations buccales, l'épiphora dans les ulcérations de la cornée; pourquoi les mêmes phénomènes n'existeraient-ils pas à l'estomac, organe pourvu d'une muqueuse où viennent se terminer des filets nerveux excito-sécrétoires et excitables.

Spasme du pylore. — Certains médecins nient son existence; elle n'est pas contestable; il suffit encore ici de se rapporter à la physiologie pathologique de tous les organes creux commandés par un sphincter; personne ne nie la contracture des mâchoires d'origine endobuccale, tout le monde reconnaît la contracture du col vésical dans les ulcérations de la muqueuse vésicale, et celle du sphincter anal dans les fissures à l'anus. A l'estomac, le pylore se comporte de la même façon, et il n'est même pas besoin qu'une ulcération siége à son niveau pour amener sa contracture réflexe, elle peut être située en n'importe quel point de la muqueuse. Ce spasme du pylore, constaté d'ailleurs sur le vivant par les chirurgiens (2), complique la situation et l'aggrave lui aussi, en s'opposant à l'évacuation de l'estomac; ce spasme, douloureux également pour son propre compte amène donc consécutivement la stase alimentaire.

Stase alimentaire. — Le retard dans l'évacuation de l'estomac est sous la dépendance de la mauvaise élaboration du chyme résultant de la gastropathie primitive (digestion prolongée de Hayem). Elle est surtout la conséquence de la sténose, que celle-ci

(1) E. Lambotte. La Clinique. Bruxelles, 1894.

(2) A ce propos nous rappellerons l'observation du maçon chez qui Robin avait diagnostiqué sténose réelle du pylore. Doyen opère et trouve un ulcère de la petite courbure et une contracture du sphincter.

soit anatomiquement constatable, ou simplement spasmodique. Elle est plus ou moins complète, plus ou moins prolongée ; elle cesse par l'évacuation lente de l'estomac par le pylore, ou rapide par vomissement.

On voit que nous ne faisons que signaler les différents facteurs qu'il est possible de démêler dans le processus complexe que nous envisageons. — Il est inutile d'insister sur ce fait que la stase alimentaire n'existe pas quand l'estomac est intolérant. Nous avons vu l'action de l'hypersécrétion comme cause d'extension de l'ulcère, l'action du spasme du pylore amenant la rétention des liquides sécrétés et des aliments ingérés impose à son tour, du fait de cette rétention, une fatigue à la muqueuse stomacale par suite de l'excitation prolongée à laquelle elle est soumise. Les altérations du chimisme suivent, elles existaient sans doute auparavant, mais moins graves certes; et c'est ici qu'apparaît l'hyperchlorhydrie par rétention. Somme toute, c'est un échange de mauvais procédés entre l'estomac, l'ulcère et le pylore (Marion). Quant à démêler l'action exacte de chacun des phénomènes que nous signalons, quant à savoir quel est le premier en date, cela est impossible à l'heure actuelle du moins pour tous; mais quand ils sont installés, ils constituent une association puissante contre laquelle il s'agit de se défendre. Nous allons voir les effets de l'intervention chirurgicale.

On a proposé la résection de l'ulcère de l'estomac. C'est une opération facile quand l'ulcère siège à la paroi antérieure, mais plus difficile et plus grave quand il est moins abordable. Disons tout de suite que, bien qu'elle ait donné quelques succès, ce n'est pas une opération recommandable, car elle expose, l'état gastropathique persistant, à la récidive ou plutôt à l'apparition d'un nouvel ulcère. L'opération de choix pour remédier à l'ulcère de l'estomac est la gastro-entérostomie, elle amène la cicatrisation *définitive*, au bout de six semaines environ, elle assure la non récidive. Comment s'y prend-elle?

La gastro-entérostomie ne supprime pas le mal, ne fait rien contre l'état gastropathique, mais elle crée à côté du pylore contracturé, du pylore « cerbère », un orifice de dérivation par où va pouvoir s'en aller le contenu stomacal. Quand cet orifice est créé l'estomac ne se fatigue plus en vain à lutter contre le pylore, sa contraction est utile; il en résulte que la stase alimentaire est totalement supprimée et aussi la rétention des liquides hypersécrétés et aussi les modifications morbides du chimisme; à l'hyperchlorhydrie fait immédiatement place une hypo et même une anachlorhydrie ; à cet égard ce fait de Carle a la valeur d'une preuve ; Carle fait une gastro-entérostomie chez un hyperchlorhydrique, mais il manque son opération, place mal son abouchement, son malade continue à souffrir et à être hyperchlorhydrique; Carle rouvre le ventre, abouche son intestin dans une position bien déclive, le jour même l'hyperchlorhydrie avait définitivement fait place à une hypochlorhydrie. Voilà donc supprimées des causes indéniables d'irritation endostomacale ; ce n'est pas tout, l'estomac qui s'évacue désormais normalement et même un peu plus vite est en quelque sorte mis au repos, c'est là un fait qui est l'origine de la cicatrisation rapide de l'ulcère qui se fait sans accroc en quelques semaines. Suppression de la stase, repos de l'organe (1), cicatrisation de l'ulcère, disparition du spasme du pylore sont encore des phénomènes connexes, qui s'enchaînent les uns les autres, sont sous la dépendance étroite les uns des autres, mais qui se produisent fatalement après une gastro-entérostomie bien faite. Ce sont, d'ailleurs,des faits consacrés par l'expérience, nous n'insistons pas.

Étant donné qu'une opération est à même d'amener la cure radicale de l'ulcère de l'estomac, sommes-nous autorisés à pratiquer cette opération ? La mortalité opératoire n'est-elle pas plus considérable que la mortalité par ulcère. Il est difficile de se faire une idée exacte de la mortalité produite par l'ulcère. Certaines statistiques paraissent exagérées quand elles accusent 50 °/ₒ de léthalité, d'autres sont certainement en dessous de la vérité quand elles accusent seulement 15 °/ₒ. En réalité l'ulcère de l'estomac est d'un pronostic grave. Il amène la mort par perforation, par hémorragie, par sténose, et aussi principalement par suite de son retentissement sur l'état général, il cause un défaut de résistance de l'individu qui est exposé à toutes les infections et surtout menacé de tuberculisation; en outre l'ulcère dans 9 à 12 °/ₒ des cas peut donner naissance au niveau de ses bords à un cancer de l'estomac, affection sur la gravité de laquelle il est inutile d'appeler l'attention.

Le bilan opératoire pris en bloc de la gastro-entérostomie, n'est pas non plus très encourageant, cela tient à ce qu'on y fait entrer tous les cas de cancers et aussi tous les cas opérés in extremis. La gastro-

(1) D'où amélioration rapide de la fonction sécrétoire elle-même.

entérostomie qui peut au maximum, et quand on n'en a pas l'habitude, durer une heure, n'est pas une opération grave, quand elle est pratiquée chez des individus encore suffisamment résistants ; et la mortalité attribuable à cette opération, va en diminuant au fur et à mesure que la technique se perfectionne et qu'elle s'adresse à des malades convenables, mais « souvent les médecins conservent trop longtemps sous leur surveillance des malades déjà justiciables de la chirurgie ; cet acharnement à imposer un traitement impuissant n'a pour conséquence que l'amaigrissement et le défaut de résistance de plus en plus considérable du sujet, si bien que lorsque le chirurgien est enfin appelé à intervenir, il s'expose à des déboires et à des insuccès (1). La gastro-entérostomie pratiquée contre les lésions non cancéreuses de l'estomac devrait être certaine du succès et d'ailleurs les derniers opérateurs ont des statistiques opératoires avec une mortalité nulle ou à peu près.

Nous ne pouvons aborder aujourd'hui l'étude des différents procédés de gastro-entérostomie. Un point encore, cependant, demande à être mis en lumière. Au point de vue de la fonction stomacale quelles sont les conséquences de la gastro-entérostomie ? La fonction n'est pas supprimée comme on pourrait le croire a priori ; l'estomac reste continent mais il se vide plus rapidement ; au bout de 4 à 5 heures, il ne contient plus d'aliments. Cela d'ailleurs, n'a aucune importance puisque tous les gastro-entérostomisés engraissent, certains avec une rapidité étonnante, c'est donc que l'assimilation est suffisante ; au point de vue de la motricité il y a certainement, au bout d'un certain temps, une amélioration très réelle, la preuve en est dans la disparition des dilatations. Si nous signalons ces constatations, c'est pour répondre rapidement et par avance à des objections qui pourraient être soulevées. Il n'est d'ailleurs aucun argument qui soit capable de résister devant l'excellence et la perfection du résultat final, la cicatrisation de l'ulcère, la disparition des troubles fonctionnels (vomissements, douleurs), le rétablissement des forces et le retour à la vie normale et active.

Intérêts Professionnels

Nous publions, d'après le *Progrès médical*, la relation suivante d'un fait d'exercice illégal de la médecine par une sage-femme :

« Au tribunal correctionnel des Sables (Vendée), le 10 novembre 1897, l'audience a débuté par une affaire sensationnelle. La nommée X..., âgée de quarante-quatre ans, sage-femme, était poursuivie pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Quinze témoins avaient été assignés par le ministère public, tous habitants de la commune, venant raconter à l'audience comment ils ont été soignés, eux et leur famille, par la prévenue...

La veuve R..., cultivatrice, a appelé plusieurs fois la sage-femme pour soigner son fils qui est atteint d'une hernie étranglée. L'inculpée ne reconnut pas la gravité du mal dont l'enfant R... était atteint. Après lui avoir appliqué un simple bandage elle lui dit : « Tu peux aller faucher, maintenant, Pierre. » Mais l'état du jeune homme empira rapidement et, au bout de trois jours, le malheureux enfant mourait au milieu des plus cruelles souffrances.

L..., vingt-six ans, domestique, souffrait depuis plusieurs semaines d'un panaris au doigt. Le docteur R... fut appelé en même temps que la sage-femme. Cette dernière osa lui offrir même un bistouri qu'elle possédait, pour inciser le doigt malade ; mais notre confrère répondit qu'il avait toujours le sien sur lui. Après le départ du docteur, l'inculpée examina une petite fille de la maison qui se trouvait atteinte d'un abcès sous l'aisselle. Elle perça alors l'abcès au risque de tuer l'enfant, car, de l'avis des médecins, le cas était fort grave et exigeait des connaissances spéciales.

M..., vingt-neuf ans, cultivateur, et R..., vingt-sept ans, cultivatrice, son épouse, ont eu recours à la femme X..., pour soigner leur enfant agé de six ou sept mois. L'inculpée fit placer sur la figure du petit être un cataplasme de farine de graine de lin : le lendemain, l'enfant était trouvé mort dans son berceau. « Si j'avais su que mon petit était si mal, a déclaré le père à l'audience, je me serais empressé d'aller chercher un médecin. »

La prévenue s'est avancée à la barre. Après avoir décliné ses nom, prénoms et qualité, la femme X... a expliqué au tribunal qu'elle n'a jamais exercé la médecine ! « Je me suis contentée, dit-elle, de donner des conseils. Chaque fois qu'un malade me paraissait sérieusement atteint, je m'empressais d'inviter les parents à faire venir un médecin. »

M. le Procureur de la République a prononcé un réquisitoire très sévère pour l'inculpée. Il a montré la femme X... se livrant journellement à l'exercice illégal de la médecine.

« Si l'enfant R..., et si l'enfant M... sont morts, déclare M. le Procureur, c'est la femme X... qui en est cause. Les parents, en effet, avaient une entière confiance en elle, aussi ont-ils eu l'imprudence de ne pas faire venir de médecins. » En terminant, M. le Procureur a réclamé une peine sévère pour la prévenue. Le tribunal s'est retiré alors pour délibérer. Au bout d'une demi-heure, l'audience est reprise et, à la stupéfaction générale, la femme X... a été acquittée purement et simplement.

Nous apprenons que M. le Procureur de la République vient de faire appel de ce jugement extraordinaire ! »

(1) LAMBRET, loco citato.

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE LILLE

CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE

Nous sommes informés, au moment de mettre sous presse, des résultats du concours d'agrégation pour la section de pathologie interne et de médecine légale.

MM. CARRIÈRE et DELÉARDE sont désignés pour la Faculté de Lille. Nous adressons aux nouveaux agrégés nos bien sincères et cordiales félicitations.

Les heureux du concours pour les autres Facultés sont :

Paris : MM. TEISSIER, THIROLOIX, VAQUEZ, DUPRÉ, MÉRY.

Bordeaux : M. HOBBS.

Montpellier : MM. RAYMOND, VIRES.

Lyon : MM. PIC, PAVIOT.

Toulouse : M. FRAENKEL.

CONCOURS D'AGRÉGATION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Le jury du concours d'agrégation de chirurgie et accouchements, qui doit s'ouvrir le 7 mars prochain, est composé actuellement comme il suit :

Président, M. GUYON; *juges titulaires,* MM. LANNELONGUE, LE DENTU, PANAS, PINARD (de Paris); OLLIER (de Lyon); HERRGOTT (de Nancy); DE LAPERSONNE (de Lille); JEANNEL (de Toulouse).

Sont désignés comme *juges suppléants :* MM. BERGER, BAR, NÉLATON et TUFFIER (de Paris).

Voici les noms des candidats admis à prendre part à ce concours :

CHIRURGIE. — *Paris :* MM. AUVRAY, CLADO, Paul DELBET, DEMOULIN, FAURE, GLANTENAY, GUILLEMAIN, LEGUEU, LYOT, MAUCLAIRE, MIGNOT, PÉRAIRE, REYMOND, RIEFFEL, SOULIGOUX et VILLEMIN.

Montpellier : MM. CAPMAN, IMBERT et MENCIÈRE.

Nancy : MM. ANDRÉ et PILLON.

Bordeaux : MM. BÉGOUIN, CHAVANNAZ et VITRAC.

Lyon : MM. ALBERTIN, BÉRARD, BERT, DESTOT, DOR, GAYET, MARTEL, NOVÉ-JOSSERAND, RIVIÈRE et VILLARD.

Lille : MM. GAUDIER, LEFORT et VANVERTS.

Toulouse : MM. BAUBY, CESTAN, CHAMAYOU, GALLY et TAILHEFER.

ACCOUCHEMENTS. — *Paris :* MM. BOUFFE, DEMELIN, LEPAGE, PAQUY, POTOCKI, SCHWAAB et WALLICH.

Bordeaux : MM. AUDEBERT, FIEUX et MAIRE.

Toulouse : M. STIEBER.

Quelques-uns des candidats sont inscrits en même temps pour plusieurs Facultés.

Faculté de médecine de Lyon

M. le professeur LORTET est nommé, pour une période de trois ans, doyen de ladite Faculté.

Distinctions honorifiques

Le ministre de l'intérieur a décerné une *médaille d'argent* à M. le docteur PELLEGRIN (de Villeneuve-de-Berg), en témoignage du dévouement dont il a fait preuve au cours de diverses épidémies.

— Le ministre de la guerre vient d'accorder un *témoignage de satisfaction*, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à MM. les docteurs BARRIÉ (de Toulouse); BOURDON (de Méru); CHAUDONY (de Mézel); COUHARD (de Lucenay-l'Évêque); CROQUET (de Tergnier); DANTAGNAN (de Saint-André-de-Cubzac); DOLLEZ (de Guise); DUVERNOY (d'Audincourt); GODFRIN (de Clermont-en-Argonne); HOUDÉ (de Coulange-la-Vineuse); HOUEL (de Goderville); LEMARCHAND (de Messac); MAURIN (du Luc); POIDEVIN (de Segré); RICHARD (de Riaillé); ROCHEFORT (de Lassigny) et SUSINI (de Caldarello).

Sont nommés : *Officiers de l'Instruction publique :* MM. les docteurs DANDIEU, DIDSBURY, DIGNAT, ENCAUSSE, ISSAURAT, MORICE, MOUTARD-MARTIN, NITOT, PIÉCHAUD, PIOGEY, PLANÈS, TOUPET, YVON (de Paris).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs BÉRARD, GERSON (de Paris).

CONGRÈS

Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale

Le Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale, tiendra sa 4e session, à Paris, du 27 juillet au 2 août 1898.

Les questions à l'ordre du jour sont :

1° Des sanatoriums comme moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose ; rapporteurs : MM. LE GENDRE, NETTER et THOINOT;

2° Des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose ; rapporteurs : MM. les professeurs LANDOUZY et MARAGLIANO ;

3° Des rayons X (radioscopie et radiographie) dans le diagnostic de la tuberculose ; rapporteurs : MM. BÉCLÈRE, CLAUDE et TEISSIER ;

3° (bis) Des rayons X dans le traitement de la tuberculose ; rapporteurs : MM. les professeurs BERGONIÉ, de Bordeaux, et LORTET, de Lyon ;

4° La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie ; rapporteur : M. le professeur BANG, de Copenhague ;

5° La lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux habités par les tuberculeux ; rapporteur : M. A. J. MARTIN.

6° De la propagation de la tuberculose dans l'armée et de sa prophylaxie. Rapporteur : M. le professeur VALLIN.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir un certain nombre de questions en dehors des précédentes, qui conserveront la priorité dans les ordres du jour, le Comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur les suivantes :

Valeur séméiologique et pronostique de la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire.

De la contagion de la tuberculose par le lait (faits authentiques) et des moyens de l'éviter. — En particulier, des moyens pratiques d'obtenir le lait stérilisé et d'en généraliser l'emploi exclusif.

Des modifications de forme du bacille de la tuberculose et de sa signification pathologique.

Des conditions organiques, cellulaires et humorales qui constituent le terrain tuberculeux ou de prédisposition à la tuberculose.

Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie.

Le deuxième Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie tiendra sa prochaine session à Marseille, du 8 au 15 octobre 1898, sous la présidence des professeurs : Pinard, président général et pour la section d'obstétrique ; Pozzi pour la section de gynécologie, et Broca pour la section de pædiatrie.

Le prix de la cotisation est de 20 francs par membre, elle donne droit à la participation des travaux, aux fêtes, aux excursions et au vote du Congrès et à la distribution gratuite des volumes contenant les rapports sur les questions proposées et toutes les communications faites au Congrès.

Les dames, les étudiants en médecine et les personnes, non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès, moyennant une cotisation de 10 francs; ces membres associés ont les mêmes prérogatives que les membres titulaires, sauf le droit de vote.

Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion et de fonds peuvent être dès à présent adressés au Dr Queirel, secrétaire général du Congrès, 20, rue Grignan, Marseille.

BIBLIOGRAPHIE

M. le docteur Gallet vient de publier la statistique de son service chirurgical de l'hôpital Saint-Jean (de Bruxelles) durant l'année 1896, et nous a fait le grand honneur de nous en adresser un exemplaire.

Ces « Reports » très en honneur en Angleterre, qui résument l'histoire annuelle d'un service de clinique, sont d'une utilité considérable sur laquelle il n'y a pas lieu d'insister. Mais cet exemple qui nous vient d'étranger, nous devrions l'imiter, car il est digne d'être imité. Au reste, une commission nommée par l'Assistance publique de Paris a proposé, s'il faut en croire le *Progrès médical*, d'exiger des médecins et chirurgiens des hôpitaux, la publication régulière des résultats thérapeutiques obtenus dans leurs services.

Le contenu de la publication qui suscite ces réflexions est des plus attachants: Le mouvement du service pendant l'année a son intérêt, mais les cliniques et les observations chirurgicales retiennent surtout l'attention : chirurgie du cerveau, chirurgie du rein, chirurgie abdominale sont tour à tour abordées; le traitement des grands traumatismes des membres, le shock traumatique, la mort sous le chloroforme sont aussi l'occasion de leçons pleines d'intérêts. Une enquête sur le cancer en Belgique termine ce petit volume de 250 pages où tout est intérêt, parce que tout est sobrement dit et nettement pensé.

Après lecture, on désire connaître plus entièrement l'auteur et le chirurgien.

Dr F. C.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

6e SEMAINE DU 6 AU 12 FÉVRIER 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	7
3 mois à un an	8	9
1 an à 2 ans	3	5
2 à 5 ans	4	3
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	1	5
20 à 40 ans	7	7
40 à 60 ans	10	6
60 à 80 ans	3	8
80 ans et au-dessus	2	6
Total	47	57

Répartition des décès par quartier	CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	de 2 à 5 ans	plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	3	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	1	»	»	2	4	»	1	»	»	4	»	1	»	»	»	7	20	16
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5	»	»	4	»	»	»	»	»	4	15	22
Wazemmes, 36,782 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	1	1	»	»	1	»	3	12	25
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	9	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	4	1	1	»	1	2	»	»	»	»	»	5	16	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	7	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	3	3
Fives, 24,191 hab.	»	3	»	»	»	»	»	»	3	2	3	»	»	2	»	1	»	»	»	1	15	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	2
Total	»	6	»	»	2	»	»	4	17	4	13	»	1	19	2	2	»	1	»	33	104	120

N° 59. Deuxième Année, N° 9. Le Numéro : **10** centimes. 27 Février 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, ***Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.***

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*
Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

A partir du prochain numéro, M. le professeur COMBEMALE, *de retour du Concours d'agrégation, reprend la direction du Journal. Tout ce qui concerne la rédaction doit lui être adressé, 128, boulevard de la Liberté.*

AVIS. — Nous prions nos abonnés qui ne nous ont pas encore envoyé le montant de leur abonnement de faire bon accueil au reçu qui sera présenté prochainement par la poste.

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques, par le docteur **F. Combemale** — L'état physique des aliénés; Motilité; Fonctions végétatives, par le docteur **P. Kéraval.** — Intérêts professionnels — Nouvelles. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. COMBEMALE expose, à l'**Académie de médecine**, le résultat de ses recherches sur l'acétate de thallium, employé contre les sueurs des phtisiques. Nous publions plus loin, in-extenso, la communication de notre rédacteur en chef.

*** M. FERRAND reprend encore la défense du vésicatoire ; si, dit-il, toute irritation de la peau a ses dangers, celle-ci possède encore ses moyens de défense. La révulsion, c'est la lance enchantée, qui guérit les plaies qu'elle provoque. Le vésicatoire est un fait qu'a vu passer bien des générations et qui survivra à la nôtre.

*** M. KIRMISSON a enlevé une tumeur kystique du testicule chez un enfant de seize mois. M. BERGER insiste sur les caractères anatomiques par lesquels elle différait des cas antérieurs de MALASSEZ ; on n'y trouvait pas la couche formée par le refoulement excentrique du tissu testiculaire ; l'épithélium ne présentait pas de polymorphisme. Il s'agirait ici d'une forme de transition entre la tumeur kystique du testicule et le cancer. L'absence de vestiges du tissu glandulaire vient à l'appui de la théorie qui fait de la maladie kystique un épithéliome myxoïde, développé dans le stroma conjonctif.

A la **Société de Biologie**, M. DÉJERINE rapporte qu'il a observé chez une vieille femme, hémiplégique depuis 12 ans, une atrophie osseuse du côté de la paralysie. Les rayons X ont décelé une porose manifeste et une atrophie des phalanges en longueur et en largeur.

*** M. ROGER établit que le grand épiploon, qui n'est qu'un ganglion étalé, a un rôle protecteur contre les microbes envahissant la cavité péritonéale. Quand un microbe tend à quitter le tube digestif, s'il passe par les chylifères, il sera arrêté par les ganglions mésentériques; s'il s'introduit dans une branche de la veine porte, il trouvera le foie; s'il traverse les parois intestinales, il sera détruit par les organes lymphoïdes de l'épiploon.

*** M. CARNOT a reproduit des pancréatites hémorragiques par des facteurs toxiques, mécaniques ou infectieux. Ces diverses causes reconnaissent une même explication pathogénique, l'auto-digestion de la glande.

*** MM. CUNÉO et VEAU étudient le développement

des aponévroses prévésicales à l'aide de coupes d'embryons, de six semaines à quatre mois.

*** M. DUVAL établit l'état de la question de l'amiboïsme des cellules nerveuses et propose de donner le nom de nervi nervorum à des fibres nerveuses destinées à agir sur d'autres fibres dans le mécanisme de la transmission de l'influx nerveux.

*** MM. BEZANÇON et GRIFFON font des recherches sur le mode de développement et la vitalité du pneumocoque dans les divers sérums. La durée de la vitalité est en raison inverse de la richesse du développement du microbe dans la culture; elle est donc d'autant plus grande que le sérum provient d'un organisme plus résistant au pneumocoque.

*** M. DESGREZ a supposé que la consistance visqueuse de certaines cultures pyocyaniques était due à une substance analogue à la mucine. Ce composé prend naissance dans les bouillons préparés avec de la viande. L'auteur déduit de ses expériences que les bactéries entrent peut être directement dans la formation des éléments muqueux, produits d'inflammation des membranes muqueuses.

A la **Société médicale des Hôpitaux,** M. ROQUES présente un malade atteint depuis trois ans d'hémoglobinurie par accès, sous l'influence du froid. La particularité remarquable qui existe dans ce cas est l'apparition d'un œdème de la peau analogue à une plaque d'urticaire, survenant sur tous les points du corps où l'on fait agir le froid, pendant une minute seulement ; le phénomène persiste deux heures, en moyenne. Cet œdème a une coloration spéciale qui semblerait indiquer une transsudation locale de l'hémoglobine. On n'a signalé qu'un petit nombre de cas analogues, d'œdème et d'urticaire *a frigore* chez des hémoglobinuriques ; l'auteur rappelle ceux de MAC-KENSIE, JOSEPH et COURTOIS-SUFFIT.

*** M. PAUL CLAISSE montre un malade atteint depuis un an de fluxions subites de la parotide gauche, au moment des repas. Le canal de STÉNON distendu, forme alors un cordon du volume du petit doigt. Le cathétérisme révèle au niveau de l'orifice un rétrécissement scléreux très prononcé. Ce fait est comparable à celui que DUPRÉ a vu dans la parotide saturnine ; il s'agit d'une hydroparotide consécutive à une sténonite aiguë.

*** M. THIBIERGE montre une femme de trente-six ans qui porte des taches pigmentaires café au lait sur la presque totalité du tronc. Elles ont absolument les caractères des taches qu'on observe dans la neurofibromatose ; la malade offre en outre les troubles psychiques qui se rencontrent dans cette affection. Il convient de signaler une coloration brunâtre du visage qui est peut-être sous la dépendance de l'urobilinhémie, car on constate la présence d'urobiline dans l'urine et le sérum sanguin.

*** MM. RENDU et HALLÉ ont pratiqué l'autopsie d'un homme de 63 ans qui avait présenté les symptômes suivants : crise d'oppression soudaine, perte de connaissance, cyanose. La durée de cette crise fut de quelques minutes à trois heures, toutes les fois qu'elle s'est présentée. La mort survint en deux mois. L'orifice mitral était augmenté de taille ; la partie moyenne de la petite valve flottait dans l'oreillette à la suite de la rupture de plusieurs cordages tendineux. Il existait des plaques très manifestes de myocardite, dont plusieurs remontaient jusqu'à l'insertion des cordages tendineux sur les piliers.

*** MM. ACHARD et WEIL se demandent s'il n'existe pas un diabète fruste, sans glycosurie, comme il y a un mal de BRIGHT sans albuminurie. Pour le savoir, on peut rechercher l'aptitude des tissus à retenir le sucre introduit dans l'organisme On injecte une dose de 10 gr. de glycose sous la peau et on la recherche dans l'urine. Les auteurs ont rencontré cinq malades chez qui cette injection a amené la glycosurie : c'étaient des arthritiques, fort mangeurs et alcooliques. Ils se trouvaient dans les conditions des sujets qui deviendront plus tard diabétiques. — Cette insuffisance glycolytique générale n'est pas la cause du diabète : mais l'hypothèse du défaut de consommation du sucre comme facteur pathogénique reçoit ici une confirmation.

M. HAYEM fait remarquer que l'interprétation de cette expérience est très difficile, d'autant que la glucose du commerce diffère de la glucose diabétique.

M. KIRMISSON, à la **Société de chirurgie.** fait un rapport sur une observation d'ostéotomie sus-malléolaire envoyée par M. FAURE. Un homme de 26 ans présentait, après une fracture de DUPUYTREN, un cal vicieusement consolidé et empêchant la marche. Le pied était en valgus ; on fit une résection cunéiforme du tibia et une ostéotomie linéaire du péroné, puis l'allongement par dédoublement et glissement des tendons des péroniers latéraux. Le pied revint en bonne position, mais la marche resta imparfaite. M. KIRMISSON aurait préféré la résection articulaire. MM. REYNIER et SCHWARTZ

croient que le point capital est de bien remettre le pied dans l'axe de la jambe.

⁂ M. GÉRARD-MARCHANT présente les pièces d'une femme morte cachectique, atteinte d'un rétrécissement rectal syphilitique ancien, autrefois soigné et amélioré par le traitement spécifique. Le côlon descendant est lui-même rétréci et la lésion existe sur une longueur de 42 centimètres.

M. RICARD a eu également l'occasion d'observer un rétrécissement étendu du rectum et de l'S iliaque chez un malade auquel BILLROTH avait pratiqué un anus lombaire. MM. ROUTIER, BERGER, TUFFIER et SCHWARTZ ont vu des cas analogues.

⁂ M. TUFFIER présente un calcul enlevé chez un homme de 32 ans par la néphrotomie ; ce calcul contient au centre un noyau uratique, recouvert d'une couche épaisse de pigment sanguin : à la périphérie, nouvelle couche uratique. Cette couche de pigment est tout à fait exceptionnelle.

A la **Société anatomique**, MM. CORNIL, BEZANÇON et GRIFFON ont inoculé sous la dure mère du lapin des cultures vivantes de bacilles tuberculeux et ont assisté à la formation des formes actinomycosiques décrites par BABÈS. Mais, tandis que l'actinomyces se colore par les couleurs d'aniline ordinaires, ici les organismes observés ne se coloraient que par la méthode de ZIEHL ou d'EHRLICH. M. PÉRON fait remarquer que les lésions indiquées par les auteurs n'ont pu être obtenues qu'avec des bacilles non virulents pour le lapin ; ce sont des formes bacillaires modifiées par le développement dans un organisme peu sensible.

⁂ M. LETULLE apporte le résultat de l'examen histologique d'ulcérations multiples de l'intestin dilaté en amont d'une sténose. Ce sont des pertes de substance taillées à pic, mettant à nu la couche musculeuse interne : elles rappellent les ulcérations de la dysenterie vraie

⁂ M. BAROZZI présente le testicule et le cordon droits d'un homme chez lequel il s'était produit une torsion du cordon ayant déterminé la mortification de la glande, sans cause appréciable.

⁂ M. APERT fait voir un cancer généralisé à tout le péritoine et d'origine cœcale. L'épithélioma s'est propagé à la séreuse par effraction : le diagnostic erra longtemps, jusqu'à l'apparition d'une ascite hémorrhagique.

⁂ M. FREDET explique l'opération de MARTIN-GOTTSCHALK qu'on exécute pour déterminer l'atrophie des fibromes utérins. La ligature en masse de l'utérine et de ses branches longues cervico-vaginales, des veines utérines et des nombreux nerfs qui les accompagnent se fait au moyen d'une incision semi-circulaire dans le cul-de-sac latéral du vagin.

⁂ M. LEFOUR apporte des pièces d'une grossesse extra-utérine de cinq mois, opérée par laparotomie. Des hémorragies abondantes dans l'intérieur du kyste fœtal provoquèrent la mort du fœtus. C'est deux mois après qu'on pratiqua l'opération.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. DOUMER fait une communication sur le traitement de la fissure douloureuse à l'anus par les courants de haute fréquence.

Après avoir rappelé les belles expériences de d'ARSONVAL à ce sujet, M. DOUMER expose la technique qu'il a employée dans 13 cas de fissure traités par lui. Il introduit dans l'anus une électrode métallique recouverte d'un manchon de verre, d'un diamètre variable, de 6 à 10 millimètres, soigneusement vaseliné. Si l'introduction de cette électrode est un peu pénible, M. DOUMER n'insiste pas et se contente d'appuyer simplement l'électrode dans l'infundibulum. Il fait passer le courant pendant un laps de temps, variable de 3 à 6 minutes. A ce moment, il se produit une véritable illumination périanale : il n'y a pas de douleurs ; seulement une sensation de chaleur au fondement.

L'amélioration se fait sentir dès la première séance (cessation des douleurs et de la constipation) et le malade est définitivement guéri à la quatrième.

Dans deux ou trois cas, cependant, l'amélioration a été un peu plus tardive, et n'a commencé qu'à la quatrième séance. — M. DOUMER insiste sur le haut intérêt de la thérapeutique par la haute fréquence, et sur la difficulté de son interprétation physiologique.

⁂ M. CHARMEIL présente un estomac provenant d'une autopsie faite dans le service du professeur COMBEMALE, qu'il suppléait. Il s'agissait d'un homme admirablement constitué, véritable modèle d'atelier, qui arriva presque exsangue à l'hôpital, par suite d'une hématémèse formidable.

Comme renseignements, on apprit qu'il avait eu un an auparavant une hémorrhagie analogue, qui l'avait fait entrer à l'hôpital où il avait été soigné pour ulcère à l'estomac. Mais jamais il n'avait eu de douleurs ni de vomissements. Il meurt le lendemain de son entrée, avec tous les signes d'une hémorragie interne.

A l'autopsie : estomac contenant 1.800 gr. de sang,

intestin distendu par les caillots, et ayant l'aspect d'un long boudin replié sur lui-même.

Un peu au-dessous du cardia, et symétriques, deux vastes ulcérations adhérentes l'une au foie, l'autre au pancréas ; celle ci conduisait dans un vaisseau béant du volume d'une radiale. Ces adhérences au foie et au pancréas fixaient absolument l'estomac, et auraient empêché de l'attirer dans la plaie abdominale, au cours d'une intervention. Il n'y avait pas de sténose pylorique. Observation intéressante, à cause de la symétrie des lésions, de l'évolution du mal, et des considérations thérapeutiques auxquelles elle peut donner naissance

TRAVAUX ORIGINAUX

L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques (1).

Par le docteur **F. Combemale**, professeur de clinique médicale.

J'ignore à quel basard de mes lectures je dois d'avoir appris et retenu que les sels de thallium étaient des anhydrotiques. Mes incursions dans la bibliographie de ce métal m'ont montré que LAMY et PAULET en 1863, GRANDEAU en 1864, STADION en 1865, MARMÉ en 1867, HÉNOCQUE et HAYEM en 1868, RABUTEAU en 1874, BERNSTEIN-KOHAN en 1890, LÜCK en 1891, CURCI tout récemment enfin en 1895 avaient approfondi l'étude de l'action toxique et physiologique de ces corps, que POZZI et COURTADE en 1884 l'avaient essayé sans succès dans le traitement de la syphilis ; mais je n'ai pu retrouver d'indication relative à l'auteur qui le premier s'en servit ou le proposa comme antisudoral.

L'occasion se présentant quotidiennement d'avoir à soulager, dans mon service de la Charité à Lille, des tuberculeux à sueurs nocturnes abondantes, je mis en juin dernier ce médicament en expérience.

L'acétate de thallium, que l'on se procure facilement en France et à l'étranger, est un corps chimique qui se présente sous la forme d'une poudre blanchâtre, facilement déliquescente, insipide, soluble dans l'eau et l'alcool. Malgré ces qualités physiques très prisées pour un médicament, pour la commodité de son emploi thérapeutique, j'ai fait faire, dès le début, des pilules de 10 centigrammes, que je continue du reste à administrer, à cette dose l'effet antisudoral étant certain.

Sous cette forme pharmaceutique commode, l'acétate de thallium m'a donné contre les sueurs des résultats remarquables, qui méritent d'être signalés et légitiment l'admission de ce médicament peu connu dans la thérapeutique de ce symptôme, si gênant au cours de la phtisie et d'autres maladies cachectisantes.

Sur plus de trente malades, tuberculeux ou autres, qui ont pris de l'acétate de thallium contre leurs sueurs excessives, deux seulement n'en ont pas tiré complet soulagement. L'un d'entre eux, porteur d'une laryngite tuberculeuse très avancée en même temps que de granulations ramollies au sommet gauche, suait médiocrement, mais chaque nuit ; le médicament a été sans aucun effet sur lui. Un second, arrivé à la période ultime de la phtisie pulmonaire, affaibli par des sueurs excessivement abondantes, n'a pu les voir cesser, malgré que la dose ait été portée à ce que j'estime son maximum, à 20 centigr. *pro die* ; elles ont seulement diminué d'une façon notable. A vrai dire, donc c'est seulement un sueur sur trente qui s'est montré rebelle à l'acétate de thallium.

Parmi les malades qui ont été particulièrement soulagés, je citerai d'abord les grands excavés cachectiques. Chez une malheureuse phtisique à la dernière période, que la diarrhée et les sueurs profuses menaient à grands pas au tombeau, une seule dose de 10 centigr. d'acétate de thallium tarit définitivement les sueurs, et la dénutrition rapide se ralentit dès lors. Encore plus typique est le cas d'une phtisique constamment baignée de sueurs, qui, dès la seconde pilule d'acétate de thallium, cesse de suer, mais meurt cinq à six jours après, tellement ses lésions pulmonaires étaient avancées. Une dizaine d'observations analogues, dans lesquelles la mort, à raison de l'état des lésions, est survenue de un à six mois après que j'ai eu employé ce médicament contre les sueurs profuses, m'ont montré qu'à l'inverse des autres antisudoraux, l'acétate de thallium avait son maximum d'effet chez les cachectisés.

Je rapprocherai volontiers de ces cas, parce qu'il est aussi probant, celui d'une lymphadénique en proie à des sueurs excessives quotidiennes que l'atropine, l'acide camphorique, l'agaricine ne réfrénaient qu'avec peine ; durant les deux mois que j'ai pu la

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 22 février 1898.

J'ai plaisir à noter avant toute chose que la collaboration de M. le docteur A. HÉRIN, alors externe des hôpitaux, m'a été très précieuse pour recueillir les documents et les observations relatives à cette communication.

suivre, une dose tous les trois jours prévenait l'hypercrinie sudorale.

Les tuberculeux indurés ou ramollis suent d'une façon moins abondante et moins régulière; j'ai pu cependant dans quatre cas, notamment chez un tuberculeux avec pneumothorax, constater avec certitude la propriété anhydrotique de l'acétate de thallium. Une dizaine d'autres cas observés ne présente pas les mêmes garanties d'absolue certitude ; j'estime néanmoins que dans cette catégorie de tuberculeux sueurs, ce médicament n'a pas de moindres effets que chez les grands excavés.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux vieux tousseurs nocturnes par ectasie bronchique, bronchite chronique, emphysème, qui ne retirent bénéfice de l'emploi de l'acétate de thallium contre les sueurs qui d'aventure accompagnent leurs accès de toux : trois de ces malades, en période de recrudescence de toux, ont vu la moiteur généralisée qui accompagnait leurs accès, ne pas se montrer de deux à trois jours après une seule prise de 10 centigr., et, quand elle reparaissait, céder définitivement pour plus d'un mois après quatre prises successives.

En résumé donc, voilà diverses catégories de malades, grands sueurs de par leur affection, que l'acétate de thallium débarrasse facilement et sans grande insistance de leur incommode symptôme.

Pour ce résultat, la dose employée a été généralement de 10 centigr., par exception de 20 centigr. Bien souvent une seule prise a suffi, jamais je n'ai administré le médicament plus de sept jours de suite ; j'estime du reste que lorsqu'au quatrième jour l'acétate de thallium n'a pas produit l'effet désiré, il est inutile d'insister ; il s'agit de l'un de ces cas rebelles qui se montrent dans les proportions de 1 sur 15. J'avais, du reste, l'habitude comme pour les autres antisudoraux, de faire ingérer la dose, après étude du cas, une heure environ avant le moment présumé de l'apparition des sueurs.

Puisque l'acétate de thallium a une valeur clinique incontestable, la question des inconvénients qu'il peut présenter a son intérêt. Les expériences de Lamy et Paulet, de Rabuteau, de Lück, nous donnent le thallium comme le plus toxique des métaux ; ce serait un poison musculaire paralysant. Comme avec les mercuriaux, après des tremblements surviendraient dans l'intoxication chronique des animaux, des phénomènes d'incoordination motrice avec gastro-entérite et l'algidité graduelle conduirait l'animal à la mort. Il est inutile de dire que cliniquement je n'ai rien observé d'analogue ; mes doses même accumulées ne sont donc pas toxiques.

Mais j'ai remarqué un fait sur lequel je n'ai pas encore une opinion ferme, et que je dois rapporter ici. Consécutivement à l'emploi de l'acétate de thallium, au début de mes recherches, une alopécie rapide survint chez deux tuberculeux : l'un après onze prises espacées en un mois perdit en huit jours tous ses cheveux ; l'autre, chez qui les cheveux tombaient déjà, devint totalement chauve en quarante-huit heures, après avoir absorbé 80 centigr. d'acétate de thallium en un mois. Désagréablement surpris, je saisis les occasions d'étudier les raisons et les conditions de cette subite alopécie ; coup sur coup trois autres phtisiques me permirent de modifier mon opinion. Chez ces trois tuberculeux avancés, les sueurs étaient abondantes à la tête surtout, et leurs cheveux s'éclaircissaient beaucoup, quand l'acétate de thallium fut prescrit ; une prise ou deux suffit pour venir à bout de leurs sueurs, qui ne reparurent plus de quinze jours et en même temps cessait la chute de leurs cheveux. Un sixième fait se présenta à mon observation. La leucocythémique dont j'ai parlé perdait aussi ses cheveux mais lentement; elle devint complètement chauve lorsqu'elle eut pris une dizaine de pilules. J'ai tendance à conclure de ces faits que c'est seulement à la suite de l'emploi prolongé ou de doses fréquemment répétées d'acétate de thallium que l'alopécie survient véritablement foudroyante, et uniquement chez ceux dont les cheveux étaient déjà fragiles. D'explication, je n'en propose point, bien que je l'aie cherchée dans la présence du thallium dans le cuir chevelu ; mais je dois avouer que je n'ai pu découvrir à l'examen spectroscopique d'une macération du cuir chevelu de l'un de ces sujets la raie caractéristique du métal.

J'ajouterai que chez la première de nos malades si brutalement privée de sa maigre chevelure, les cheveux ont repoussé ensuite en trois mois, bien plus drus qu'auparavant.

En résumé, il peut donc y avoir inconvénient à employer l'acétate de thallium ; mais en restant dans les faibles doses, en ne dépassant pas quatre prises consécutives on évite cet inconvénient dans la majorité des cas.

Enfin en terminant je signalerai ce point important, que l'effet obtenu avec l'acétate de thallium sur les

sueurs, l'est au moins pour deux jours, bien souvent pour plus de dix jours ; en tenant compte de cette notion d'expérience, les effets du médicament, qui vraisemblablement amènent ces troubles de nutrition cutanée, seraient encore plus facilement évités.

L'état physique des aliénés
Motilité. — Fonctions végétatives.

Par le docteur **P. Kéraval**, médecin chef de l'asile d'Armentières.

Le **système musculaire** de l'aliéné présente-t-il des perturbations fonctionnelles en rapport avec son état mental ou sous sa dépendance. A première vue, il est facile de concevoir que chez tels malades qui, de par leur affection intellectuelle, demeureront des mois et des années dans l'inaction, le muscle sera flasque puis atrophié ou tout à la fois lâche, et, pour ainsi dire, mort, lorsque des lésions des centres trophiques viendront compliquer la maladie. Les mélancoliques inertes ou en stupeur, les déments et les paralytiques généraux se trouveront en ce cas. Les *attitudes*, dont nous avons esquissé les éléments dans un de nos derniers articles (1) cadrent souvent avec des modifications des fibres musculaires qui se traduisent physiquement par : la complète résolution des paralytiques ; le recoquillement de certains délirants immobiles dans leur lit ou dans un coin, et parfois pelotonnés sous l'influence de leurs préoccupations délirantes ou de leurs hallucinations terrifiantes ; l'astasie-abasie de quelques névropathes. La fibre musculaire réagit ou ne répond pas quand on la soumet aux agents d'excitation mécanique, thermique, électrique, suivant les espèces considérées ; elle ne se contracte pas en présence de ces agents, sa contractilité paraît épuisée, dans les périodes avancées de la démence, de la mélancolie chronique, de la paralysie générale ; en revanche, il y a exagération de tous ces modes de la contractilité chez le maniaque, le neurasthénique, le mélancolique irritable en proie notamment à des hallucinations viscérales ou dont l'apparence stupide et cataleptiforme cache un délire extrêmement actif, chez l'hypochondriaque tourmenté par des hallucinations splanchniques. *L'énergie dynamique* étudiée à l'aide du dynamomètre n'a guère jusqu'ici donné de résultats utilisables parce que, pour presser sur un dynamomètre, si ingénieux qu'il soit, il faut, de la part du sujet que l'on examine, un effort individuel ; cet effort, il est impossible de l'obtenir des aliénés, ou bien, le stimulus psychique qui préside à l'effort demandé est un composé morbide dont les facteurs intellectuels échappent à l'appréciation mathématique puisque la volonté est, par définition, aliénée. On ne doit rien demander à l'aliéné dont on veut mettre en lumière les caractères physiologiques ; qu'on l'examine le plus possible à l'aide de procédés enregistreurs indépendants de son activité mentale troublée ; le dynamographe, en l'espèce, est supérieur au dynamomètre, quand il peut être employé ; il indique mieux, en effet, par les courbes, l'état des centres moteurs et des muscles. M. Chambard y a déjà eu recours, mais c'est encore assez compliqué et d'une interprétation délicate pour qui veut distinguer l'effort réel de l'effort morbide.

Les *paralysies* et *parésies musculaires*, plus spéciales aux affections cérébrospinales courantes, se retrouvent dans la démence organique par lésions cérébrales, à l'état d'hémiplégies, d'hémiparésies, de paraplégies ; elles s'observent passagèrement à la suite des attaques congestives de la paralysie générale et de l'épilepsie subintrante ; elles traduisent les légions congénitales de certains idiots. Chez les mêmes malades, on observe des *contractures* pour les raisons anatomiques classiques uniformément vulgarisées. Il est aussi des paralysies et des contractures qui relèvent de l'hystérie et qu'on rencontre, à ce titre, chez quelques aliénés, avec leurs caractères accoutumés. Les *spasmes et crampes musculaires* qu'on a relevées dans l'hypochondrie, la manie aiguë, la mélancolie, sont, pour nous, rares ; ils pourraient bien avoir pour origine un fonds hystéroïde ; il n'en est pas de même de ceux de la paralysie générale, notamment du grincement de dents, persistant et violent, si pénible à entendre. Ces épileptiques également sont souvent atteints de phénomènes spasmodiques de cause centrale.

Les *tremblements* et *trémulations* des muscles procèdent d'un double mécanisme. Ainsi, les secousses en éclairs et les trépidations menues dont sont animés les déments paralytiques, les alcooliques, les épileptiques, sont provoquées par une irritation congestive des centres, tandis que les palpitations des muscles ou des groupes de muscles des mélancoliques anxieux et de quelques neurasthéniques doivent, le plus ordinairement, être tenues pour des réactions motrices en relation avec leur état mental ; ici encore les appareils enregistreurs graphiques rendront un jour les

(1) Voir *Echo médical du Nord* n° 44, 1897.

plus grands services pour analyser et classer ces différents symptômes, ainsi que l'a fait CHARCOT dans l'étude d'importants tremblements névropathiques. L'excitation continue des fascicules musculaires, qui engendre l'asynergie des faisceaux et des muscles, l'ataxie, se voit, soit à l'œil nu, chez l'alcoolique, en proie au *delirium tremens* par exemple, ou chez le paralytique (forme spéciale), soit, lorsqu'on provoque ceux des mouvements appliqués à une opération délicate telle que la couture et l'écriture, dans la paralysie générale; alors, le bec de la plume, qui trace les lettres, fait l'office de l'extrémité ténue du ruban d'acier qui caresse le rouleau noirci du cylindre d'un appareil enregistreur, car chaque trait d'un caractère écrit montre fréquemment, au moins à la loupe, que le tracé se compose d'un nombre infini de petites trémulations.

Les *convulsions* revêtent chez les aliénés plusieurs formes. Tantôt elles sont impétueuses : ce sont les grandes attaques épileptoïdes, avec pertes de connaissance, de la paralysie générale, de la folie syphilitique, de la folie alcoolique et saturnine, de la démence sénile ou organique, produites par une excitation corticale congestive. Tantôt elles sont plus discrètes : c'est un état de convulsibilité que l'on constate au fort de la manie aiguë, chez un petit nombre de mélancoliques anxieux, et surtout, dans le délire aigu. Dans ce dernier cas, les muscles de la vie végétative, les tuniques musculeuses des artères, sont atteints et modifient la nutrition. On a enfin signalé une forme tétanoïde de ces perturbations dans la mélancolie avec stupeur.

La transformation de la *tonicité musculaire* en état *cataleptoïde*, ou *pseudo-cataleptoïde, catatonique*, spontané, du muscle, dont la tension exagérée obéit parfois, en outre, momentanément, à la pression de la main du médecin qui, le modelant, le place, par pétrissage, dans telle attitude qu'il lui plaît, et que le muscle conserve ultérieurement, cette flexibilité analogue à celle de la cire, que nous avons mentionnée ailleurs parce qu'elle s'accompagne d'anesthésie cutanée et musculaire, est propre à la folie hystérique, à l'extase et à la stupeur mélancoliques, aux délires intenses avec hallucinations pressées et terrifiantes ; elle attend encore son explication. On a dit qu'il y avait distribution et transformation anormale de l'impulsion motrice centrale, comme dans la terreur physiologique, on a dit cela aussi des *contractures paradoxales* et de la *raideur des muscles* constatées dans des états mentaux bien différents, notamment dans ceux que nous venons d'indiquer, et dans les phobies, les délires du doute et du toucher de la dégénérescence mentale. Tels ces patients, normaux à d'autres égards, qui, sur le bord d'un trottoir, au moment de traverser une grande place, un grand espace vide, s'arrêtent malgré eux, se sentant incapables d'obtenir le jeu simultané de tous les muscles chargés de faire avancer les jambes, dont la tonicité, non amoindrie, paraît plutôt exagérée (*agoraphobie*). Mais il est évident que ce sont des phénomènes spéciaux. Ils ne rentrent pas davantage dans le cadre des *paralysies psychiques, imaginaires*, connues sous le nom d'accidents d'inhibition motrice, des hystériques, des hypochondriaques, des abouliques; parmi ces derniers, nous citerons l'exemple de ce prêtre qui n'avait plus le pouvoir, la volonté, de dire sa messe, de monter à l'autel. La suggestion et l'auto-suggestion de l'hystérie ont été le sujet de volumes instructifs, entre toutes les mains. L'important pour le moment est de connaître la possibilité de ces faits qui seront examinés à leur place respective.

Les aliénés sont donc sans conteste matériellement affectés. Ce qui donne à penser que les troubles psychiques, considérés dans leur ensemble, sont le résultat de multiples modifications, tangibles, du corps. Si l'on admet, et tout tend à le faire croire, que l'activité mentale émane d'un mode particulier de la nutrition du cerveau qui, par des phénomènes physico-chimiques comparables à ceux d'un appareil électrique, dégage l'activité mentale, comme celui-ci dégage l'électricité, on conçoit que le corps humain tout entier aide à charger la pile cérébrale qui préside à l'intelligence, à la sensibilité, à la volonté, et l'on s'explique pourquoi, lorsque l'individu est aliéné, on trouve tant de désordres physiques, dont la manifestation, déjà ancienne, a échappé à l'observateur, avant que, par leur concours, ils aient formé la perturbation psychique. Peut-être bien encore est-ce l'inverse ? Peut-être y a-t-il eu préalablement un trouble de la nutrition cérébrale dont les progrès ont dérangé la pile psychogénétique, et dont le retentissement final a été tel que toute l'activité somatique s'est, à son tour, irrémédiablement disloquée.

Un rapide aperçu des fonctions végétatives va nous montrer d'innombrables désorganisations. Voyons-en, comme nous l'avons fait jusqu'ici, les principales.

APPAREIL CIRCULATOIRE

Les *cardiopathies prævésaniques* sont loin d'être rares. Particulièrement fréquentes sont elles dans la mélancolie anxieuse et stupide. On a pensé qu'il en existait aussi de *postpsychosiques*, l'agitation pouvant aboutir, dans n'importe quelle forme de la folie, au surmenage physique qui développe, comme on sait, en certains cas, des affections organiques du cœur. PARCHAPPE, qui a longuement étudié, il y a une trentaine d'années, l'appareil cardiovasculaire des aliénés, a insisté sur des altérations complexes.

L'*athéromasie précoce* s'y constate souvent, qu'il y ait eu ou non excès alcooliques antérieurs, mais, le plus habituellement, quand il y a eu éthylisme. En dehors et indépendamment de ces maladies classées, les *perturbations fonctionnelles du pouls et de l'onde sanguine* ont servi de base à maintes théories sur la genèse de la folie. Le pouls fréquent et élevé, avec diminution de la tension artérielle, dicrotisme, de l'excitation maniaque, fait pendant au pouls lent, faible, concentré, mais avec réplétion incomplète des artères et faible systole cardiaque, des mélancoliques : ces caractères disparaissent quand la maladie mentale passe à l'état chronique. D'ailleurs les lois en sont encore bien floues, bien qu'on ait pris beaucoup de tracés sphygmographiques et tonométriques, notamment dans la folie circulaire où le contraste entre les deux phases, mélancolique et maniaque, est parfois si frappant. Les mêmes examens, à diverses périodes de la paralysie générale, ne fournissent point encore d'indications séméiologiques précises, parce qu'il s'agit d'une maladie organique du cerveau, et que, selon tel ou tel cas, il doit y avoir des variantes à rattacher à l'étendue des lésions cérébrales et spinales, à l'atteinte plus ou moins profonde du grand sympathique, en chaque espèce individuelle considérée.

APPAREIL RESPIRATOIRE

La phtisie pulmonaire, la bronchite catarrhale chronique et l'emphysème pulmonaire sont des hôtes assidus des aliénés en général. En sus de cela, on comprendra que l'agité maniaque, rien qu'en vertu du mouvement qu'il se donne, ait une respiration fréquente, tandis qu'au contraire, le mélancolique présentera : une expansion vésiculaire insuffisante — l'inversion du type respiratoire (d'origine névropathique) — de la saccade de la respiration avec reprises, tremblements, sursauts. Ainsi s'expliquent les grosses difficultés que l'on rencontre à faire chez les aliénés les diagnostics plus abordables chez les malades sains d'esprit qui, vous obéissant, respirent profondément et toussent quand vous les en priez, parlent, comptent, retiennent leur haleine, et se prêtent à la percussion, à la mensuration thoracique ainsi qu'à toute gymnastique propre à favoriser l'exploration de la poitrine. L'arythmie respiratoire qui prend, de temps à autre, le type CHEYNES-STOKES chez les paralytiques généraux, serait justiciable des explications organiques que nous avons données plus haut à propos de la circulation; les lois anatomo-cliniques n'en sont pas encore déterminées chez eux.

NUTRITION ET ASSIMILATION

Les pesées des aliénés sont pleines d'enseignements. Le *poids* du corps diminue généralement aux périodes prodromiques de la folie, mais, le plus souvent, au moment où l'agitation s'en mêle ; les formes apathiques s'accusent d'habitude par de l'augmentation de poids. Dans les folies intermittentes et circulaires, on note une oscillation saisissante entre ces deux extrêmes, correspondant l'un (la diminution de poids) à la phase maniaque, l'autre (l'augmentation de poids) à la phase mélancolique. Une loi certaine a été formulée. Toutes les fois qu'un aliéné récupère en poids ce qu'il avait perdu, ou accuse, par une élévation de poids, une restauration physique, ce n'est bon signe que lorsqu'il y a amélioration parallèle de l'état psychique ; sinon, l'aliéné qui engraisse passe à l'état chronique. Mais lorsque le malade subit, quelle que soit la modalité mentale dont il est atteint, la déchéance physique, le marasme, il maigrit et perd de son poids.

APPAREILS DIGESTIF ET RÉNAL

Toutes les affections chroniques et organiques de l'appareil gastro-intestinal et toutes les maladies des reins, ou peu s'en faut, s'observent chez les aliénés. Mais leur examen n'est pas commode ; l'élément douleur et les réactions ordinaires de l'homme qui souffre sont, en effet, chez eux, fort atténués, sinon abolis, ou pervertis. Ils ne vous diront pas : « j'ai mal à l'estomac, au ventre, aux reins, à la vessie » ou bien, ils vous raconteront des histoires fantastiques, incroyables, imaginaires, inexactes, sur ce qu'ils ressentent ou croient ressentir. Il ne faut pas s'attendre à savoir d'eux couramment et nettement comment ils mangent, ce qu'ils mangent, comment ils digèrent, com-

ment et quand ils vont à la selle, s'ils souffrent, où, quand et comment ils souffrent, s'ils urinent souvent, s'ils éprouvent de la difficulté à uriner, etc... Vous aurez de la peine à obtenir leurs urines pour les analyser. Seulement, chez bon nombre d'entre eux, vous observerez un état saburral, de la fétidité de l'haleine, des régurgitations, des vomituritions, des vomissements, des gastrorrhagies et des entérorrhagies, du météorisme, de la tympanite, des diarrhées, de l'incontinence et de la rétention d'urine. Vous palperez, percuterez, toucherez, regarderez, sonderez, analyserez les urines, et arriverez ainsi, en bien des cas, à poser, à force de patience, les diagnostics de : dyspepsies, gastrites, entérites, dysenterie ou affection dysentériforme, hépatite, néphrite interstitielle ou parenchymateuse, cystite, péritonite chronique ou aiguë, et *tutti quanti*. Tout aliéné qui mange peu ou mal, ou qui refuse de manger, sera minutieusement et longuement scruté *a capite ad calcem*, même lorsqu'il semble acquis que son délire peut être la cause de cette attitude, même quand on sait qu'il mange des ordures, des débris d'arbres, de la terre, du tabac, des matières fécales, auteurs des troubles gastro-intestinaux. L'anorexie doit toujours faire soupçonner une des affections précédemment énumérées, sans compter les néoplasmes ; mais il est certain que fréquemment elles dérivent de troubles trophiques des tissus des viscères.

Des **sécrétions** on tire également, quand on réussit à les bien étudier, quelques indications. Que d'observations relatives à des imbéciles, à des idiots, à des paralytiques généraux, dans lesquelles la *salive* est fluide ; — que de délirants systématiques, se croyant empoisonnés et refusant, pour ce motif, obstinément de manger (sitiophobie) qui, simultanément, au moins au plus fort de leur crise, affectés de ptyalisme, crachottent continuellement une salive successivement aqueuse et visqueuse, quasi-gommeuse ; — que de délirants aigus, d'alcooliques en proie au delirium, d'idiots tourmentés par une sialorrhée opiniâtre ! L'*hyperchlorhydrie* du suc *gastrique* paraît propre au mélancolique ; sans parler de toutes les métamorphoses chimiques et physiques probables de cette humeur, de par la dyspepsie et la boulimie qui les éclairent, chez une plélade de lypémaniaques, de délirants chroniques, de maniaques, de déments, d'épileptiques.

Les malades en stupeur, et les paralytiques généraux, dont la peau est sèche et rugueuse, dont les cheveux sont ternes, ont une diminution de la *sécrétion sudorale*, au contraire exagérée chez les maniaques, et certains dégénérés émotifs à peau froide, presque bouffie. Le grand sympathique est une fois de plus justiciable des sueurs locales ou généralisées mentionnées chez les paralytiques généraux et les hypochondriaques. Lemoine, de la Faculté de Lille, a définitivement fixé le balancement curieux qui existe entre l'état mental des psychopathes arthritiques et l'émission de la sueur qui semble éliminer un agent toxique psychopathogène.

La *bile*, vraisemblablement, sera tôt ou tard convaincue de modifications physiques, quantitatives et chimiques de même genre, si l'on en juge d'après la fréquence remarquable des calculs biliaires anciens et nombreux que les autopsies seules mettent au jour chez les aliénés qui les avaient imperturbablement supportés pendant leur vie. Mais laissons se compléter les documents positifs sur la physiologie de cette humeur à l'état normal !

Le **sang**. — Les recherches de Quinquaud servent de large pierre de base à cette question dans l'aliénation mentale. La diminution des globules rouges et de l'hémoglobine a été signalée dans la mélancolie avec stupeur et chez les déments ; on a ajouté que cette déchéance intime contrastait avec l'augmentation de la densité hématique dans la démence secondaire, la mélancolie, la paralysie générale et l'épilepsie.

Urine. — Les paralytiques généraux, les maniaques, excréteraient plus d'urée, de phosphates, de chlorures, alors que les mélancoliques et les déments évacueraient moins d'urée, de phosphates et de chlorures que normalement. Lisez : les combustions sont trop vives, chez les premiers (d'où leur déchéance) ; ralenties chez les seconds.

L'*albuminurie*, comme ailleurs, est fonction de la maladie de Bright, de lésions rénales (folie brightique), de l'artério-sclérose ; elle se montre dans le délire aigu, la paralysie générale, l'épilepsie, pour les mêmes raisons, ou par suite de procédés biologiques d'ordre trophique. Dans la démence paralytique le plus souvent, surtout quand coexistent des troubles vésico-urinaires, le microscope décèle dans l'urine des cylindres urinaires, du pus, des cellules épithéliales, des leucocytes, du sang. La *peptonurie* des paralytiques généraux est notoire aujourd'hui.

La *glycosurie*, plus propre aux aliénés diabétiques,

fait penser, quand on la rencontre dans le délire aigu, le delirium tremens, l'alcoolisme chronique, les attaques congestives de la paralysie générale, aux célèbres expériences de Cl. Bernard lésant le plancher ventriculaire.

Température. — Si, d'une manière générale, la folie est une affection sans fièvre, il est bon de savoir, qu'au moins accidentellement, il existe des perturbations thermiques du corps qui dénotent la gravité de certaines formes ou de certains incidents. Dans les accidents subintrants de l'épilepsie, dans les accidents congestifs de la paralysie générale, à la période d'acné de la manie aiguë, invariablement dans le délire aigu, la température s'élève. Elle s'abaisse, et c'est non moins inquiétant, dans les dépressions profondes, dans la stupeur, pendant le marasme.

TROUBLES TROPHIQUES ET VASOMOTEURS

Les aliénés chroniques, les idiots, les alcooliques, les pellagreux, les myxœdémateux (crétins pachydermiques) sont sujets à des pigmentations, décolorations, desquamations, épaississements épidermiques, pilaires et unguéaux, d'aspects variés. Puis, les dermatoses sont multiples chez les aliénés. Eczéma, zona, herpès, ichthyose, psoriasis sont les plus habituelles, les unes prœvésaniques, les autres consécutives à l'aliénation mentale. Quant aux accidents gangréneux aigus des régions sur lesquelles porte le corps, désignés sous le nom de *decubitus acutus*, aux vastes anthrax, aux phlegmons, au mal perforant plantaire, à l'asphyxie des extrémités de Maurice Raynaud, avec chute des ongles et des dents ; quant à l'othématome (épanchement sanguin périchondral de l'oreille formant tumeur sous la peau), aux plaies qui s'éternisent ou, au contraire, se cicatrisent avec une extrême rapidité, aux névrites périphériques, à la fragilité des os, génératrice des fractures imprévues, aux arthropathies analogues à l'arthropathie tabétique, aux dégénérescences musculaires, aux kératites parfois suivies de panophthalmies, aux cyanoses œdémateuses cutanées ; quant aux rougeurs partielles des téguments, et à l'apparition dermographique (1) de caractères ou autres dessins tracés virtuellement sur la peau au moyen d'un corps dur quelconque, tous phénomènes que l'on observe *peu ou prou*, chez les paralytiques généraux, les aliénés dans le marasme, les mélancoliques affaissés ou en stupeur, les déments quelconques : ce sont, bel et bien, sans conteste, des phénomènes trophiques et vasomoteurs trahissant l'effondrement de l'édifice physiologique et matériel de l'homme. D'origine vasomotrice est aussi l'angoisse précordiale du mélancolique, de l'hyponchondriaque, de l'hystérique, de l'alcoolique, du neurasthénique.

Le tableau que nous venons de dessiner s'est, en outre, enrichi de la théorie de *l'auto-intoxication*. On a pensé que quelques-unes des maladies mentales étaient dues, soit à la rétention dans le sang des poisons normaux de l'économie, qui, au lieu d'être éliminés physiologiquement, à leur heure, ne l'avaient point été, soit à la formation, en trop grande abondance, des mêmes poisons, de ceux principalement qui sont issus du tube digestif et des reins. Qui ne connaît les admirables travaux de Bouchard et de l'Ecole de Pasteur? Déjà l'on a publié que, par le traitement des troubles gastro-intestinaux, si fréquents chez les aliénés, on améliorait leurs maladies mentales et que, quelquefois, l'on avait plus de profit à laver l'estomac, nettoyer les intestins, faire uriner les malades, injecter sous leur peau de grandes quantités de solution de chlorure de sodium, qu'à les gaver artificiellement, à l'aide de la sonde œsophagienne, lorsqu'ils refusent obstinément de manger (sitiophobie). L'analyse comparative et parallèle de leurs urines a révélé d'autre part que le maniaque et l'épileptique en accès éliminaient une urine moins toxique qu'après leurs crises (Féré et J. Voisin). En même temps Lemoine et Charpentier créaient le type clinique de la folie arthritique, en rapport avec les balancements constatés entre la psychopathie et les accidents locaux, ceux-ci paraissent être éliminatoires de l'agent psychopathogène, et la folie se calmant, voire disparaissant, dès que l'élimination locale s'effectue. Des oscillations et dérivations identiques ont documenté la pathogénie des troubles intellectuels des goutteux et des diabétiques (folie uricémique, folie glycosurique). En en rapprochant les vieilles études concernant les néphritiques et l'action des poisons ordinaires, on est en droit de souligner l'importance de la nutrition dans la genèse de la folie, et de conclure à la nécessité de procéder en grand à des recherches chimiques et physiologiques sur tous les liquides de l'organisme de l'aliéné ; il est à espérer que l'on finira par rencontrer le corps du délit, comme

(1) Voy. Barthélemy. Dermographisme, Paris, in-8°, 1893.

Pasteur a trouvé les germes pathogènes des maladies infectieuses, et à mettre en bouteilles les éléments physiques qui désorganisent le cerveau et modifient son activité psychique.

Intérêts Professionnels

Encore un article de la loi sur l'exercice de la médecine qu'il ne faut pas prendre à la lettre.

On sait que d'après le premier paragraphe de l'article 32, de la loi sur l'exercice de la médecine, le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892. Il semblerait, au premier abord, que ce texte précis dût lier le juge, mais la jurisprudence tend à se faire sur ce point, comme sur bien d'autres, de la loi du 30 novembre 1892.

Dès l'application de la nouvelle loi, la Cour de Besançon donna au texte de l'article précité une interprétation non restrictive, attendu, disait-elle, qu'en prenant ce texte à la lettre on arriverait à faire des agents des contributions directes de véritables dispensateurs de brevets de dentistes, au moyen de l'inscription à la patente, en faveur de personnes absolument étrangères à l'art dentaire. Elle ajoutait qu'une pareille conséquense démontre bien qu'il ne faut pas s'attacher au texte littéral de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, mais admettre tous les modes de preuve juridiques propres à établir la possession d'état de dentiste.

C'est à cette interprétation que s'est rangé dernièrement le tribunal correctionnel de Charolles qui a acquitté un dentiste non diplômé et non porté sur la liste des patentes avant le 1er janvier 1892, en se basant sur ce que l'article 32 ne dit nullement que l'inscription à la patente sera le seul mode de preuve de la possession d'état de dentiste. Par suite, est fondé à réclamer le bénéfice des dispositions transitoires édictées par l'article susvisé, le praticien qui justifie de la possession d'état de dentiste avant le 1er janvier 1892.

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCES DE THÈSES

M. **Bret** (H.-A.-J.), de Fauquembergues (Pas-de-Calais), a soutenu, le 24 février, sa thèse inaugurale (5e série, n° 69) intitulée : **Contribution à l'étude des perforations spontanées du tube digestif au point de vue médico-légal.**

M. **Dupré-Lefebvre** (F.-C.-A.), de Béthune (Pas-de-Calais), a soutenu, le 24 février, sa thèse inaugurale (5e série, n° 70) intitulée : **De l'épilepsie d'origine gastrique.**

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Faculté de Bordeaux. — M. le docteur André Moussous, agrégé, est nommé professeur de clinique médicale des maladies des enfants.

École de Clermont. — M. Gros, licencié ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

École d'Alger. — Le concours pour une place de suppléant des chaires de pathologie externe et de cliniques chirurgicale et obstétricale, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Ernest Goinard.

HOPITAUX DE PARIS

NOMINATION DES INTERNES TITULAIRES

Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

Ce sont : MM.

1. Guillain, Lœper, Poulain, Guéniot, Joseph Girard, Pagniez, Durand-Viel, Duval, Petit, H. Bourgeois, Bonnel, Lenglet, Desjardins, Géraudel, Léo, Boricaud, Louis Roche, Toupart, Brécy, Pestemalzoglu.

21. Jeannin, Sikora, Chifoliau, Loubet, Ferrand, Esmonet, Lejonne, Auffret, Gouraud, Monsseaux, Blandin, Neveu, Deschamps, Monod, Babonneix, Maubert, Stanculéanu, Tesson Croisier, Gauchery.

41. Guisez, Milhiet, Henri Berthier, Lacapère, Louis Le Sourd, Férouelle, Lippmann, Ribierre, Chauveau, Alglave, Janot, Herscher, Armand Degorce, Lamouroux, Sicard, Kendirdjy, Géraud, Judet, Labbé, Leroy.

61. Mauté, Bisch, Quiserne, Levesque, Heitz, Cathelin.

NOMINATION DES INTERNES PROVISOIRES

Voici, classés par ordre de mérite, les noms des candidats nommés internes provisoires.

Ce sont : MM.

1. Jules Lévy, Prat, Elias, Georges Weill, Silhol, Tourlet, François Le Sourd, Huguier, Morichau-Beauchant, Cathala, Audistère, Émile Coudert, Gimbal, Katz, Balthazard, Pédebidou, Bosvieux, Guibal, Meuriot, Lefas.

21. Benj. Weill, Robert, du Pasquier, Roché, Pamard, Léri, Grenet, Sabatié, Laubry, Nollet, Kahn, Armand Delille, Gauckler, Dambrin, Godineau, Daniel, Gougis, René Follet, Tardif, Nicaise.

41. Gennet, Max Bertrand, Mircouche, Paul Chevalier, Gasne, Mlle Pariselle, Louis Moret, Chevrey, Henri Voisin, Saint-Cène, Bentz, Girod, Gaston Legros, Detot, Chapotin, Lance, Sebilleau.

Distinctions honorifiques

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — Durand (d'Arcueil-Cachan); Magalon (de La Bouille); Ménard (de Vitry-le-François); Reulos (de Villejuif); Mme Tourangin, docteur en médecine, à Paris.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Audollent, Barbarin, A. Benoit, Bérard J. Besnier, Bonnard, Bouyer, Bresset, Carpentier-Méricourt, Cautru, Charlat-Linarix, Chatenet, C. Chenet, Chipier, Coumétou, Courtin, Critzman, Dubrueil, Duchastelet, Dufestel, Duloroy, Duvau,

Favreau, Gapin, Gélineau, Gerson, Gougelet, Héan, Henryet de Launay, Hérard, Kalt, Lafay, Lafond, G. Laloy, Le Goff, M.-J. Legros, Legry, Macé, Maire-Amero, R. Martin, Marx, Achille Mathieu, Merle, F. Michaux, Noir, Ollier, Pelaprat, Pètre, Potin, Charles Renault, Rivet, Sarremonne, Vallois, Vaudremer, Villemin, Ward, Albert Weil, Gustave Weil, Wilhelm, Willette, Zibelin (de Paris); Luyt (de Neuilly-sur-Seine); Roché (de Châtel-Censoir); Thouvenel (d'Antony); Woehling (de Clamart); Chevassu (médecin militaire).

Société française d'otologie et de laryngologie.

La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira le lundi 2 mai 1898, à huit heures du soir, au palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris.

Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, au Secrétaire général.

La Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes :

1° *De l'unification des notations acoustiques ;* rapporteurs : MM. Gellé père et fils.

2° *Pathologie de l'amygdale linguale ;* rapporteur : M. Escat.

Monument Tarnier

Les anciens élèves de M. Tarnier désirent lui élever à Paris un monument qui perpétue sa mémoire.

Ils ont à cet effet provoqué la formation d'un Comité composé de délégués pris parmi les membres de l'Université, les anciens élèves et amis de M. Tarnier, les élus du département de la Côte-d'Or, les membres du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, les Sociétés savantes dont M. Tarnier faisait partie, etc.

Les souscriptions sont reçues à Paris : chez MM. Fontana, notaire, 10, rue Royale; Collin, 6, rue de l'École de médecine; Masson, 120, boulevard Saint Germain; G. Steinheil, 2, rue Casimir Delavigne.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort d'un de nos abonnés de la première heure. Le docteur Leclercq, d'Arras, décédé mercredi dans l'après-midi, des suites de l'influenza, à l'âge de 54 ans.

Ancien élève de l'École de Strasbourg, et entré dans la carrière militaire, il démissionna au bout de quelques années et vint s'établir à Arras. Professeur à l'École de Médecine; médecin des épidémies du département, il fit preuve d'un rare dévouement, principalement lors de l'épidémie cholérique du Portel.

Officier de l'Instruction publique, chevalier de la Légion d'honneur, il avait appartenu au Conseil municipal d'Arras pendant plusieurs années.

Nous adressons à sa famille et particulièrement à son fils, étudiant en médecine à notre Faculté, nos bien sincères condoléances et l'expression de notre cordiale sympathie.

MM. les docteurs Dubois (de Limoges); Duchenne (de Sainte-Anne-d'Auray); E. Fleurot (du val d'Ajol); Leclercq (de Vic-sur-Seille); Victor Petit (de Rouen); Rigolet (de Paris); M. Henri Chevillard, interne aliéniste à l'hôpital Saint-Jacques, de Nantes.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

7e semaine du 13 au 19 février 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	7
3 mois à un an	7	4
1 an à 2 ans	5	2
2 à 5 ans	4	5
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans.	4	»
20 à 40 ans.	6	8
40 à 60 ans.	8	5
60 à 80 ans.	11	8
80 ans et au-dessus	1	4
Total	53	43

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total.
NAISSANCES par Quartier	8	9	18	34	12	12	9	5	20	3	5	135
TOTAL des DÉCÈS	2	13	9	18	9	15	9	9	10	1	1	96
Autres causes de décès	»	6	1	5	4	4	6	3	2	»	»	31
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Phthisie pulmonaire	1	4	2	3	»	1	»	3	»	»	»	14
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	»	4	2	2	»	1	»	2	»	1	12
Maladies organiques du cœur	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Bronchite et pneumonie	»	2	2	4	3	8	2	2	3	»	»	26
Apoplexie cérébrale	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2
Croup et diphtérie	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	1	»	»	»	1	2	»	»	4
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25.

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 60. Deuxième Année, N° 10. Le Numéro : **10** centimes. 6 Mars 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration *(abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie* LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Des Eruptions médicamenteuses, par le docteur **Carrière.** — Nouvelles et informations. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le vésicatoire continue à occuper l'**Académie de médecine**. M. HUCHARD, partisan résolu de la révulsion, ne croit cependant pas qu'elle soit contenue tout entière dans les vésicatoires. Il importe de supprimer complètement l'emploi de la cantharide : MM. HAYEM, DUGUET, COMBEMALE, COMBY, LEGENDRE, MATHIEU, etc., sont pleinement de cet avis.

Mlle MIRRASKA propose la cantharide dans les néphrites infectieuses et a frigore ; elle n'apporte aucun argument convaincant. Le cantharidate de potasse est abandonné dans la tuberculose. M. ROBIN insiste sur l'augmentation de la ventilation pulmonaire et de l'absorption d'oxygène ; mais tous les moyens de révulsion ont ces effets. D'autre part, le vésicatoire diminue l'épuration rénale et il est fréquemment la source d'accidents graves. Toutes ces raisons amènent M. HUCHARD à rejeter absolument cet agent thérapeutique.

⁂ MM. FAURE et FURET ont effectué l'anastomose du tronc du facial à sa sortie du rocher avec la branche externe du spinal, pour guérir une paralysie faciale par traumatisme intra-pétreux. Les tubes nerveux partis du bout central du spinal iront sans doute régénérer le bout périphérique du facial. C'est du moins l'avis des auteurs qui ont opéré de la sorte le 23 janvier un homme de 49 ans et qui attendent actuellement le résultat de leur intervention.

A la **Société de Biologie**, M. RICHET rapporte qu'il a essayé d'enrayer la tuberculose chez des chiens, au moyen d'injections d'eau iodée dans la trachée. L'iode a entravé, pour un temps, le développement de l'infection tuberculeuse.

⁂ M. CARNOT relate ses expériences sur la pathogénie des scléroses du pancréas. Ce sont les mêmes causes agissantes que celles qui président à la congestion et aux hémorrhagies de cet organe. La ligature du canal de WIRSUNG peut amener la sclérose ; même résultat peut être obtenu par la rétention de produits toxiques ou l'injection de cultures microbiennes. Dans tous ces cas, le rôle prépondérant est dévolu à l'autodigestion par le ferment pancréatique.

⁂ M. PUGNAT lit un travail démontrant que, chez les chiens âgés, les leucocytes peuvent pénétrer dans les cellules nerveuses et les altérer. Il y aurait là un véritable acte vital, le leucocyte tendant à envahir et à détruire la cellule nerveuse.

⁂ M. BONNIOT a enregistré, chez les nouveau-nés, de nombreuses mesures calorimétriques. Ils dégagent environ huit calories par heure ; chez les athrepsiques, les ictériques etc., souvent le chiffre est moindre. Chez les fébricitants, dans un quart des cas, le thermomètre marche dans un sens opposé au calorimètre. Ce fait commande des réserves en ce qui concerne les théories sur la genèse de la fièvre.

⁂ M. CAMUS a chauffé à 140° du plasma hépatique peptonisé, sans lui faire perdre ses propriétés préventives et immunisantes d'anti-coagulation. Le plasma doit

d'abord être desséché à basse température. Mêmes conclusions pour le sérum antivenimeux.

A la **Société de thérapeutique,** M. JACQUET expose la méthode du traitement du psoriasis et de l'eczéma par les scarifications. Dans le psoriasis, elle n'est applicable qu'aux disques isolés, peu nombreux. Elle importe surtout en cas de lésions des parties découvertes. En ce qui concerne l'eczéma, l'auteur a traité trois eczémas lichénoïdes, un eczéma ancien et bilatéral de la région pré-auriculaire, deux eczémas chroniques des doigts, trois eczémas de la face chez l'adulte et quatre chez l'enfant. Il commence par décaper à l'aide de cataplasmes de fécule de pomme de terre ; il scarifie alors selon des lignes parallèles, laisse saigner et continue les cataplasmes. Il a fallu de six à seize séances pour amener la guérison et M. JACQUET croit pouvoir dire que la résistance à cette méthode va croissant, en série ascendante, des cas d'eczématisation aiguë à l'eczéma lichénoïde. Il n'a jamais vu un seul malade chez qui ce mode de traitement n'ait amené une détente. M. BROCQ avait déjà employé la scarification, mais non d'une façon suivie et systématique.

A la **Société médicale des Hôpitaux,** M. BÉCLÈRE présente un jeune homme de 28 ans, addisonien et guéri depuis trois ans après avoir été soumis à l'opothérapie surrénale sous ses divers modes. Il est très vraisemblable que ce traitement a grandement contribué à la guérison du malade. Chez les myxœdémateux, l'action bienfaisante de la glande thyroïde se fait sentir immédiatement et elle doit être employée pendant toute l'existence : chez cet addisonien, au contraire, il s'est écoulé deux mois avant qu'il y ait trace d'amélioration et l'emploi des capsules surrénales a été suspendu au bout de cinq mois, sans qu'on ait eu besoin d'y revenir. M. WIDAL a observé un homme atteint de maladie bronzée chez qui le traitement a amené la disparition de l'asthénie. Lorsque l'affection est à ses débuts, les capsules sont peu lésées et le traitement a beaucoup de chances pour réussir.

⁂ M. LERMOYEZ décrit un type de paralysie récurrentielle incurable à pronostic bénin, c'est-à-dire ne dépendant ni du tabes, ni de l'anévrysme aortique, ni du cancer de l'œsophage, ni de la phtisie. Il l'a observé chez une femme qui la porte depuis vingt-sept ans, à la suite d'une rougeole grave ; il a dû se produire une adénopathie du groupe péri-trachéobronchique gauche amenant une destruction du tronc nerveux.

⁂ MM. WIDAL et NOBÉCOURT ont cherché si le système nerveux central de certains animaux possède des propriétés antitoxiques vis-à-vis de la strychnine et de la morphine, propriétés dont WASSERMANN a démontré l'existence pour la toxine tétanique. Les centres nerveux des lapins protègent la souris contre une dose mortelle de strychnine ; dans trois cas on a pu injecter le double de la dose mortelle mélangée à une trituration de cerveau de lapin. Le foie de ces animaux a présenté cinq fois sur sept des propriétés antitoxiques pour la strychnine. Les auteurs ont étudié en outre l'action antitoxique du système nerveux central de lapin, cobayes et pigeons pour le chlorhydrate de morphine. Le cerveau ou la moelle du lapin ont protégé la souris une fois sur deux contre la dose mortelle ; les mêmes organes des cobayes se sont montrés efficaces dans les mêmes conditions une fois sur trois, et ceux de trois pigeons n'ont jamais présenté aucune action protectrice.

⁂ MM. GOUGUENHEIM et DUTERTRE apportent la statistique des cas de diphtérie de Lariboisière : ils en tirent la conclusion que le bacille court est loin d'avoir la virulence du bacille long, même s'il est associé au streptocoque.

A la **Société de chirurgie,** M. PICQUÉ dit que le traitement des fractures de Dupuytren vicieusement consolidées, est variable suivant les cas. Quand l'articulation tibio-tarsienne est mobile, l'ostéotomie sus-malléolaire suffit, mais il faut, si elle est atteinte, avoir recours à la résection.

⁂ M. DELAGÉNIÈRE a opéré un malade qui s'était fait une luxation de l'épaule avec fracture de l'épine de l'omoplate. Il le vit trois mois après, fit l'arthrotomie, sectionna les insertions musculaires péri-articulaires et réduisit après avoir curé la cavité glénoïde du tissu fibreux qui la comblait. M. NÉLATON, à ce sujet, dit que les luxations immédiatement irréductibles sont justiciables d'une opération immédiate. Les luxations anciennes, non réduites, se divisent en deux groupes: celles qui datent de six semaines environ et demandent l'arthrotomie, et les autres où il faut provoquer la formation d'une nouvelle cavité glénoïde ou pratiquer la résection.

⁂ MM. RICHELOT et BAROZZI présentent deux jeunes filles opérées pour pieds-bots paralytiques. Avec la première, on a fait l'ablation bilatérale de l'astragale et du scaphoïde avec section des tendons d'Achille ; chez la seconde, il a fallu enlever l'astragale, le scaphoïde, le cuboïde et les cunéiformes en y ajoutant la section des tendons d'Achille et des aponévroses plantaires. Elles peuvent se tenir debout et marcher sans fatigue.

⁂ M. HARTMANN fait un rapport sur deux travaux, l'un de M. LOISON, l'autre de M. MIGNOT. Le premier a trouvé des streptocoques dans un calcul du canal de WHARTON ; le second a établi l'influence de l'infection sur la formation des calculs biliaires. Avec le colibacille atténué, M. MIGNOT a reproduit des calculs biliaires chez les animaux. Peut-il exister, à côté de cette lithiase infectieuse, une lithiase diathésique ? M. HARTMANN ne le pense pas.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des Éruptions médicamenteuses

par le docteur **Carrière**,
professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

On donne le nom d'éruptions médicamenteuses à une série d'affections cutanées qui se produisent à la suite de l'emploi thérapeutique de certains médicaments : ce sont ces éruptions que Bazin désignait sous le nom d'*érythèmes pathogénétiques*. Capables de simuler toutes les dermatoses depuis l'érythème jusqu'à la gangrène, ces éruptions doivent être bien connues du praticien, car elles pourraient être le point de départ de bien des erreurs de diagnostic : elles l'ont été parfois pour des dermatologistes éminents.

Ces éruptions peuvent frapper le tégument externe : ce sont les exanthèmes médicamenteux, ou les muqueuses : ce sont les énanthèmes.

Nous nous occuperons surtout ici des exanthèmes, mais, en passant, nous signalerons les énanthèmes ; ils revêtent, en effet, un aspect qui les fait ordinairement ranger dans le cadre des affections locales, coryza, stomatite, bronchite, etc.

C'est Lorry qui, le premier, en 1777, signala le rapport qui existe entre l'usage de certains médicaments et les altérations de la peau. Depuis cette époque, on a accumulé des matériaux sur cette question : les noms des auteurs qui s'y rattachent seront cités dans le cours de cette leçon. Je vous signale seulement les travaux de Bazin, de Hardy, de Besnier, une leçon de M. Gaucher, une autre de Thibierge, la thèse d'Ounadjian et la monographie de Prince Morrow (1887).

I

Les éruptions médicamenteuses peuvent se produire :

1° A la suite de la pénétration des médicaments dans l'organisme par la voie buccale, respiratoire, rectale ou hypodermique.

2° A la suite d'application locale d'agent médicamenteux à la surface des téguments.

Les éruptions médicamenteuses peuvent se présenter sous tous les modes de lésions cutanées.

Nous décrirons donc successivement : les érythèmes, les éruptions bulleuses et vésiculeuses, les éruptions pustuleuses, les éruptions squameuses, les troubles de pigmentation.

1) Erythèmes médicamenteux.— A. Les érythèmes médicamenteux se présentent ordinairement avec l'*aspect scarlatiniforme.*

Il s'agit d'une rougeur diffuse ou d'un fin pointillé rouge, d'intensité plus ou moins grande, disparaissant à la pression. En même temps il y a un certain degré d'infiltration du derme sous-jacent. Cet érythème peut être généralisé d'emblée ou localisé : dans ce dernier cas il peut secondairement se généraliser. Il s'accompagne ordinairement d'énanthèmes, de rougeur diffuse de la bouche, du pharynx, de la langue, des conjonctives et de la pituitaire. En un mot vous avez tout l'aspect extérieur de la scarlatine.

Comment ferez-vous pour établir votre diagnostic ?

La température n'est pas un guide fidèle : si elle est normale dans bon nombre d'éruptions médicamenteuses, elle est souvent élevée, parfois autant que dans la scarlatine, dans quelques-uns de ces érythèmes. Rappelez-vous surtout que l'éruption de la scarlatine a une marche régulière, qu'elle débute par le cou ou la base du thorax, qu'elle se généralise ensuite ; les érythèmes médicamenteux, au contraire, ont une marche essentiellement irrégulière. Rappelez-vous en second lieu que dans la scarlatine la desquamation n'apparaît qu'après la disparition de la rougeur, tandis que, dans les érythèmes médicamenteux, elle commence alors que la rougeur existe encore. L'enquête dans les anamnestiques lèvera tous les doutes.

Du reste, Messieurs, l'éruption est souvent méconnue : ce sont des cas dans lesquels l'éruption ne fait qu'effleurer l'organisme et disparaît sans que le médecin ait pu la constater. A propos de la desquamation, souvenez-vous, Messieurs, qu'elle est variable suivant les cas, qu'elle manque souvent, qu'elle est parfois très intense. Elle est toujours précoce.... Tantôt elle se fait en petites écailles (desquamation furfuracée) ; tantôt au contraire elle se fait en larges lambeaux, épais, volumineux et simule l'érythème scarlatiniforme desquamatif.

B. — Les érythèmes peuvent simuler la rougeole, la roséole, ce sont les *érythèmes morbilliformes*, les roséoles médicamenteuses.

L'éruption est alors constituée par des taches rouges, de coloration et d'intensité variant du rose au rouge, disséminées, isolées ou confluentes ; généralement arrondies, de dimensions variant d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Elles sont planes ou saillantes et peuvent simuler les papules ortiées de la rougeole boutonneuse. Elles disparaissent à la pression.

L'éruption est généralisée ou localisée : dans ce dernier cas elle siège généralement aux membres simultanément ou séparément ; la face est rarement atteinte, le tronc généralement respecté. L'éruption

peut frapper le voile du palais, la conjonctive, la pituitaire, donnant lieu à un catarrhe oculo-nasal. La fièvre manque ou est peu marquée ; la desquamation exceptionnelle.

Comment distinguerez-vous cet érythème de la rougeole ? En vous rappelant que dans cette affection la fièvre est constante et élevée ; qu'il y a un catarrhe oculo-nasal prodromique ; que l'éruption débute par le front ; qu'il y a rémission thermique au troisième jour de la maladie. Enfin, souvenez-vous que la rougeole est essentiellement contagieuse ; les érythèmes médicamenteux ne le sont jamais.

Vous éviterez de confondre ces érythèmes avec la roséole syphilitique en recherchant le chancre, en recherchant les autres accidents secondaires de la syphilis.

Je ne fais que vous signaler la roséole émotive, qui naît et disparaît sous vos yeux.

Le pytiriasis versicolor rosé se distingue par ses trois symptômes caractéristiques : son apparence légèrement squameuse, le signe du coup d'ongle qui enlève un copeau épidermique, l'examen microscopique.

Le pytiriasis rosé de Gibert se caractérise par son éruption successive, son évolution descendante, et sa constitution par des éléments éruptifs d'âges différents.

Quant à la roséole saisonnière, elle a des prodromes fébriles qui manquent ordinairement dans les éruptions médicamenteuses.

C. Les deux *types scarlatiniforme et morbilliforme* que je viens de vous décrire sont ordinairement associés, et cette association même est un symptôme de valeur au point de vue du diagnostic : méfiez-vous, Messieurs, et songez aux éruptions médicamenteuses quand vous êtes en présence d'un érythème hybride morbillo-scarlatiniforme.

D. Les érythèmes médicamenteux peuvent simuler l'*érythème polymorphe* avec cette restriction que les éléments éruptifs se disposent très rarement en cocarde. Ils se présentent en général sous forme de taches vineuses, siégeant de préférence aux membres inférieurs, reposant parfois sur une base indurée et simulant l'érythème noueux ; vous ne les confondrez pas avec l'érythème noueux parce qu'ici l'éruption est strictement localisée aux membres inférieurs ; elle n'envahit jamais le dos comme les éruptions médicamenteuses et, du reste, supprimez le médicament, qui est en général le bromure de potassium, et l'éruption disparaîtra.

E. Les éruptions médicamenteuses peuvent se présenter sous forme d'*urticaire* classique généralisé et localisé avec ou sans érythème, avec ou sans prurit.

F. Enfin elles peuvent affecter le type du *purpura* classique à éléments très petits, ponctiformes ou très larges, purpura pétéchial. Les éléments éruptifs s'observent surtout aux membres inférieurs.

2) **Eruptions vésiculeuses et bulleuses.** — Nous abordons, maintenant, Messieurs, la seconde classe d'éruptions médicamenteuses, les lésions bulleuses et vésiculeuses. Elles sont généralisées ou localisées.

A. Les vésicules peuvent être très fines, se rompre facilement et se dessécher ; ou se transformer en pustulettes qui se dessèchent. La desquamation peut être plus ou moins marquée. Les vésicules, en se rompant, donnent issue à un liquide collant, filant qui, en se desséchant, forme des croûtes plus ou moins épaisses qui simulent l'eczéma. Vous les en distinguerez parce qu'elles n'ont pas la persistance de l'eczéma, rebelle à toutes les médications ; elles sont au contraire essentiellement passagères.

B. Les vésicules peuvent être plus larges, plus nombreuses, localisées ou disséminées

C. Elles peuvent devenir confluentes, former de véritables phlyctènes, simuler le pemphigus. Ces phlyctènes peuvent se rompre, se dessécher — ou bien desquamer en lambeaux plus ou moins larges — ou se transformer en ulcérations plus ou moins profondes, plus ou moins larges, à bords plus ou moins taillés à pic et qui ont une tendance à la transformation papillomateuse.

D. Enfin on observe des éruptions zostériformes. Elles ont été surtout signalées en Angleterre à la suite de l'emploi de l'arsenic. En France elles sont considérées comme rares et consécutives aux névrites produites par ce médicament.

3) **Éruptions pustuleuses.** — Parmi les plus fréquentes des éruptions pustuleuses, il convient de placer l'acné médicamenteux dont le type est fourni par l'acné iodique.

Les pustules acnéiques sont disséminées ou en placards : elles siègent de préférence à la face, au dos, sur les épaules. Elles laissent souvent à leur suite des cicatrices ou se transforment en ulcérations. Ces ulcérations peuvent subir la transformation papillomateuse ou simuler l'anthrax : acné anthracoïde.

4) **Éruptions squameuses.** — Elles sont beaucoup plus rares. Je vous citerai rapidement celles qui simulent le psoriasis et surtout les kératoses. Il s'agit dans ce cas de formations épidermiques, plus ou moins épaisses, occupant de préférence la région palmaire.

5. **Troubles de la pigmentation.** — Enfin, on voit survenir des troubles de la pigmentation à la suite de l'emploi de certains médicaments. MM. Leredde et Chauffard ont signalé en 1897 la pigmentation noire et la pigmentation bleue chez de vieux morphinomanes. On la voyait surtout, il y a quelques années, chez les tabétiques soumis au traitement par les sels d'argent très en honneur alors.

Nous avons dit, Messieurs, que certains médicaments, appliqués localement,directement sur la peau, peuvent produire des éruptions.

A. Ces éruptions peuvent être érythémateuses. C'est ce qui s'observe à la suite d'application de sinapismes et de moutarde. Mais s'agit-il ici d'une éruption ? ou n'est-ce pas plutôt une réaction physiologique de la peau ? C'est ce qui s'observe aussi à la suite de certains pansements phéniqués

B. Cet érythème peut être rouge pourpre et s'accompagner de productions vésiculeuses ou phlycténoïdes : il s'agit d'un véritable érythème érysipélatoïde.

C. D'autres fois, l'éruption est vésiculeuse, simule la miliaire aiguë : on l'observe à la suite d'application de thapsia, mais on séparera ces deux éruptions en se rappelant que la miliaire médicamenteuse est toujours apyrétique.

D. Elles peuvent encore affecter l'aspect de pustulettes qui se rompent et se dessèchent rapidement ; ou bien se réunissent, deviennent confluentes, se transforment en phlyctènes. Dans ce cas,elles ne durent que quelques heures, mais peuvent persister plusieurs jours, s'accompagner de folliculites : c'est ce qu'on observe à la suite d'application d'huile de cade par exemple.

E. Enfin,il peut se produire de véritables escharres, des plaques de sphacèle présentant les caractères classiques de la gangrène : ceci se voit surtout dans les pansements phéniqués.

Je me hâte de dire que ces éruptions primitivement locales peuvent se généraliser et qu'une éruption phéniquée de la main par exemple peut s'étendre à l'avant-bras, au bras et à l'épaule. Du reste certaines applications locales peuvent donner, d'emblée, des éruptions généralisées : l'iodoforme nous en fournit de nombreux exemples.

Si, parvenu au terme de cette étude clinique générale, nous cherchons à en faire la synthèse, nous voyons que les éruptions médicamenteuses peuvent se présenter sous le masque de presque toutes les dermatoses. Ce sont des cadres, Messieurs, que je viens de vous décrire, vous y placerez les types particuliers que je vais vous signaler dans la suite. Bien plus, un même médicament peut donner lieu à des éruptions très diverses.

Et cependant il y a généralement un rapport entre telle ou telle forme clinique d'éruption et tel ou tel médicament.

II

Nous abordons, maintenant, Messieurs, le chapitre de la PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, de l'ÉTIOLOGIE des éruptions médicamenteuses ; et pour la commodité de la description nous distinguerons :

a) les médicaments qui agissent, par action directe locale, sur le tégument externe.

b) ceux qui agissent sur la peau après pénétration dans l'organisme,quelle que soit la voie de pénétration employée : buccale, respiratoire, rectale ou hypodermique.

A. Les médicaments qui agissent directement sur le tégument externe sont nombreux. Ce sont ordinairement des substances qu'on emploie comme révulsifs, comme isolantes, ou en pansements.

Parmi les révulsifs et les rubéfiants,je vous citerais : la *moutarde*, le *croton tiglium*, le *thapsia*, *l'essence de térébenthine*, *l'huile de cade*. Ces substances produisent en général des éruptions érythémateuses, érythémato-vésiculeuses, érythématobulleuses.

Les substances médicamenteuses altérées ou fermentées : telles que les huiles, les graisses, les axonges vieillies, déterminent la production d'éruptions analogues. Aussi remplacerez-vous, dans la préparation des pommades, ces substances aisément altérables, par la vaseline, qui n'est pas fermentescible.

Enfin, les substances antiseptiques journellement employées comme pansements, entraînent très fréquemment l'apparition d'éruptions diverses.

Au premier rang,parmi ces antiseptiques,il convient de placer *l'acide phénique*. L'acide phénique produit des éruptions érythémateuses, vésiculeuses, pustuleuses, parfois même gangréneuses. Vous les observerez parfois chez des chirurgiens qui emploient à profusion les solutions antiseptiques phéniquées, d'où l'utilité pour eux de se servir de gants de caoutchouc. Ces éruptions sont surtout consécutives à l'emploi de solutions fortes à 50 ‰, mais on les observe aussi avec les solutions faibles et dans ce cas, il s'agit en général d'un vice de préparation, il manque à la solution de l'alcool ou de la glycérine. Du reste, les éruptions phéniquées se produisent même à la suite d'une application de gaze. Aussi, Messieurs,convient-il d'établir en règle générale qu'on doit s'abstenir autant que possible des pansements phéniqués et surtout des pansements humides phéniqués.

L'*iodoforme* en applications locales détermine ou des érythèmes généralisés, ou des lésions bulleuses ou eczématoïdes locales.

Les solutions de *sublimé* produisent des érythèmes vésiculeux localisés ou généralisés.

Le *salol* produit surtout des vésicules plus ou moins abondantes, plus ou moins confluentes sur les bords des plaies sur lesquelles on l'applique.

Les *acides chrysophanique et pyrogallique* récemment employés dans le traitement du psoriasis, l'*acide cacodylique*, employé dans celui de l'eczéma ont déterminé parfois des érythèmes et surtout l'érythrodermite exfoliante.

L'*arsenic*, employé sous forme de pommade à l'iodure d'arsenic, a déterminé souvent un érythème diffus sur lequel apparaissent des pustules ou des ulcérations plus ou moins étendues.

Enfin les pommades mercurielles, les pommades au *tartre stibié*, produisent également des érythèmes vésiculeux ou pustuleux, des éruptions psoriasiformes ou eczématoïdes.

B. Les médicaments qui agissent sur la peau après pénétration dans l'organisme par voie buccale, rectale, respiratoire et hypodermique, appartiennent à trois classes principales.

Dans la première nous placerons les médicaments appartenant à la chimie organique, dans la seconde ceux qui appartiennent à la chimie inorganique. Dans la troisième enfin nous placerons une série de médicaments nouveaux, agents thérapeutiques modernes, base de la sérothérapie.

a) Dans la première catégorie nous placerons les éruptions dues à l'*antipyrine*. Ces éruptions ont pour caractères d'être fuyantes, fugaces et rapides : c'est un peu de paille qui s'allume et s'éteint presque instantanément. Elles se présentent sous trois aspects divers :

1° Tantôt c'est un érythème scarlatiniforme typique généralisé ou localisé : dans ce cas il frappe les membres et surtout le côté de l'extension, la conjonctive et la cornée. Il s'accompagne d'une rougeur diffuse ou pointillée de la gorge, de dysphagie, et survient généralement après dix ou quinze jours d'emploi du médicament.

2° Tantôt c'est un érythème morbilliforme : M. le Professeur Combemale en a rapporté des exemples.

3° Tantôt enfin c'est l'urticaire classique et, en ce cas, l'éruption est généralement précoce ou consécutive à l'administration de petites doses du médicament.

b) A côté des éruptions dues à l'antipyrine, il convient de placer celles qu'on observe à la suite d'absorption de *quinine*. Elles ont été bien étudiées, en 1876, dans les *Annales d'Hygiène*, par MM. Proust et Bergeron. Elles se présentent sous trois formes : tantôt il s'agit d'érythèmes morbillo-scarlatiniformes, tantôt sous forme de petites vésicules grosses comme des têtes d'épingle, tantôt sous forme d'urticaire.

c) Viennent ensuite les éruptions dues aux basalmiques : *copahu, cubèbe, santal*, et plus rarement *essence de térébenthine*. Ces éruptions sont caractéristiques. Il s'agit de roséole papuleuse tantôt localisée aux membres, surtout au niveau des articulations, tantôt généralisée : dans ce cas, la peau est tachetée, tigrée comme celle d'une panthère. Cette éruption dure quelques jours après la cessation du médicament, elle disparaît sans desquamation, et, caractère important, disent les dermatologistes, on ne peut la faire reparaître en administrant de nouveau le copahu.

Cette éruption est-elle due au copahu ? est-elle due à la blennorrhagie ? On ne saurait se prononcer, et on discute encore à l'heure actuelle sur ce sujet.

d) La *belladone*, l'*atrophine*, la *jusquiane*, la *valériane*, le *datura stramanium* produisent un érythème scarlatiniforme généralisé ou localisé, le plus souvent n'occupant que la face. Mais on observe toujours en même temps un énanthème bucco-pharyngé très intense, et la sécheresse de la gorge est un symptôme prémonitoire de l'intoxication par ces substances.

e) L'*opium*, la *morphine*, la *codéine* produisent tantôt un érythème morbilliforme ou scarlatiniforme, tantôt une éruption eczématoïde.

f) Le *chloral* donne des érythèmes qui se présentent sous trois formes principales : Tantôt c'est un érythème de la face, du pharynx et du voile du palais : on l'observe surtout chez les buveurs d'alcool ou de vin. Tantôt un érythème scarlatiniforme typique qui desquame en deux ou trois jours, mais peut persister davantage. Tantôt enfin une éruption vésiculaire généralisée.

g). L'*acide salycilique* et les salicylates, le salicylate de soude en particulier, déterminent assez souvent soit dès la première ingestion, soit après un emploi prolongé du médicament, des éruptions très diverses : par ordre de fréquence ce sont des érythèmes, des bulles ou des vésicules, et surtout du purpura.

h). Le *salol* produit surtout un énanthème œdémateux du pharynx.

i). L'*ergot de seigle* produit un érythème qu'il faut que vous connaissiez bien, parce que d'une part il annonce l'apparition d'accidents beaucoup plus redoutables de gangrène ergotique et que, d'autre part, il simule à s'y méprendre l'érythème pellagroïde.

j). L'*acide phénique*, absorbé à l'intérieur, produit des érythèmes ou de l'urticaire.

k) Enfin le *sulfonal* produit un érythème scarlatiniforme, qui a pour caractère particulier d'être localisé à la moitié supérieure du corps.

Citons enfin, pour être complet, la *digitaline*, l'*eucalyptol*, la *ciguë*, la *camomille*, la *santonine*, la *noix vomique*, la *strychnine*, le *cannabis indica*, qui donnent, rarement il est vrai, des éruptions qui n'ont rien de caractéristique.

Parmi les médicaments appartenant à la chimie inorganique, l'*acide chromique*, le *sulfure de calcium*, l'*acétate de chaux et de potasse*, les *hypochlorites*, le *sulfate de cuivre*, donnent aussi des éruptions qui n'ont rien de spécifique.

a). Le *borate de soude*, l'*acide borique*, très employé dans ces dernières années chez les épileptiques, donnent parfois des érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes généralisés ordinairement mixtes. Ils ont été bien étudiés dans la thèse de GRAMAUD.

b) L'*antimoine* donne des éruptions du type ortié ou du type érythémateux, il en est de même du tartre stibié.

c) Le *plomb* produit parfois du purpura pétéchial : on l'observait souvent lorsqu'on traitait les phtisiques par l'acétate ou le carbonate de plomb.

d) Mais ce sont là des faits relativement rares, il n'en est plus de même des éruptions consécutives à l'emploi thérapeutique de l'*arsenic*. Vous savez, Messieurs, de quel usage courant est l'arsenic en thérapeutique. Aussi les éruptions qu'il produit ont-elles été fréquemment observées. Elles ont été bien étudiées dans les thèses de LOLLIOT (Paris 1868) et de BROUARDEL (Paris 1897). Vous en trouverez aussi une étude dans le travail de MÉNEAU (*Annales de Dermatologie*, 1897). Toutes les préparations arsenicales : liqueur de Fowler, liqueur de Pearson, acide arsénieux, eaux arsenicales, sont également aptes à les produire.

L'arsenic peut produire tous les types éruptifs, mais voici quel est en général l'ordre d'apparition. Ce sont généralement des poussées œdémateuses, des poussées d'urticaire, puis l'érythème papuleux qui ouvrent la scène. Bientôt après on voit apparaître des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses, généralisées ou localisées, et dans ce cas la localisation de prédilection siège aux organes génitaux. A ces pustules font suite des ulcérations parfois très rebelles. On observe aussi la mélanodermie ou les kératoses plantaire et palmaire. Les lésions éruptives siègent souvent sur les muqueuses et en particulier sur la pituitaire, donnant lieu à un coryza rebelle et parfois même à des ulcérations qui vont jusqu'à la destruction de la cloison du nez.

Parmi tous les agents médicamenteux, il n'en est pas qui produisent plus fréquemment des éruptions que le mercure et ses sels ; l'iode et les iodures ; le brome et le bromure.

e) Le *mercure* et ses sels produisent très fréquemment des éruptions. Tous les sels mercuriaux sont susceptibles de les produire, mais ce sont surtout le calomel, le sublimé et le salicylate de mercure qui en sont les principalescauses.

Le mode de pénétration du mercure dans l'organisme n'est pas indifférent : les frictions en sont la cause habituelle, tandis que les injections hypodermiques ne les produiraient jamais : NEISSER, en treize ans, n'a jamais eu d'éruption à la suite des injections. Ces éruptions mercurielles, ces hydrargyries ont été fort bien étudiées par ALLEY, RAYER, FOURNIER et MOREL-LAVALLÉE. Vous trouverez un exposé complet de la question dans la thèse de GAUCHERAND (Paris, 1886) et dans celle de COURTADE (Toulouse, 1897).

Elles se présentent sous trois formes : hydrargyria mitis, hydrargyria fibrilis, hydrargyria maligna. L'hydrargyria mitis est caractérisée par un érythème scarlatiniforme siégeant en général sur la face interne des cuisses, les aînes et l'abdomen. Sur ces placards érythémateux apparaissent des vésicules de dimensions variables. Cette éruption ne s'accompagne pas de phénomènes généraux, elle est apyrétique. L'hydrargyria fébrilis succède à cette première forme ou débute brusquement d'emblée par de la fièvre, de la diarrhée et la stomatite classique. Sur les placards érythémateux, apparaissent vers le quatrième jour des vésicules purulentes, prurigineuses, qui se rompent, se dessèchent en croûtes purulentes jaunâtres. L'hydrargyria maligna est une exagération des symptômes locaux et des symptômes généraux de cette dernière forme. Les placards érythémateux sont pourpres, érysipélatoïdes, les vésicules plus volumineuses, forment de véritables phlyctènes purulentes. La fièvre est vive, l'insomnie complète, la prostration habituelle. Vers le 8[e] ou 10[e] jour, si la terminaison doit être favorable, on voit se produire une desquamation à lambeaux plus ou moins étendus.

f) L'*iode* et les iodures produisent très fréquemment des éruptions diverses. C'est l'iodure de potassium qui est généralement en cause, puis par ordre de fréquence décroissante les iodures de sodium et d'ammonium et l'iodoforme.

Les iodurides se présentent tantôt sous forme d'érythèmes en plaques diffuses ; — tantôt sous forme d'urticaire ; — tantôt sous forme de vésicules ou de bulles plus ou moins étendues, plus ou moins prurigineuses. Parmi les plus fréquentes de ces éruptions

est l'acné iodique siégeant à la face, au dos et aux épaules : il s'agit ordinairement d'acné simple, quelquefois d'acné anthracoïde qui revêt un caractère de gravité tout particulier. On observe souvent aussi des nodosités sous-cutanés. Enfin M. AUDRY (de Toulouse) a rapporté un cas de gangrène multiple, disséminée de la peau, à la suite du traitement iodopotassique. Je dois vous dire, de plus, que l'angine et le coryza iodique sont des plus fréquents et qu'on a même décrit une uréthrite iodique.

Rappelez-vous aussi, messieurs, que l'emploi simultané de l'iodure et du mercure peut donner des lésions irritatives toutes particulières. Chez un syphilitique soumis au traitement mixte par exemple, appliquer sur le chancre une pommade au calomel et vous verrez souvent apparaître une balano-posthite ulcéreuse intense et rebelle.

g) Les *bromures* et en particulier le bromure de potassium, plus rarement le bromure de sodium, plus rarement encore le bromure d'ammonium ou le bromoforme, déterminent des éruptions diverses bien décrites en 1893 par M. CROCKER. Il s'agit de poussées d'urticaire, d'érythèmes mixtes, d'acné ou d'ulcérations papillomateuses simulant parfois le clou de Biskra ; enfin d'éruption pseudo-bulleuse. CROCKER dit pseudo-bulleuse parce que si l'on pique les vésicules il n'en sort qu'une toute petite quantité de liquide et que, d'autre part, histologiquement, après biopsie, CROCKER a constaté qu'il s'agissait d'une infiltration mucoïde de la couche de Malpighi.

Nous arrivons, maintenant, à la troisième classe des éruptions médicamenteuses, aux éruptions sérothérapiques. Les éruptions sérothérapiques ont été bien décrites par M. W. DUBREUILH au *congrès de médecine de Bordeaux* (1895).

a) GRANCHER, le premier, avait signalé l'apparition d'un érythème polymorphe chez les sujets traités par la *tuberculine* de Koch ; ROSENBACH, BAUN en ont rapporté bien d'autres exemples. Malheureusement, Messieurs, la tuberculine de Koch n'est pas un médicament, nous n'insisterons donc pas sur les éruptions qu'elle peut produire.

b) Les mieux connues des éruptions séro-thérapiques sont celles qui s'observent après l'injection du sérum antidiphtérique de BEHRING ROUX; on les observe chez 14 °/₀ des sujets indiqués, mais les proportions varient énormément suivant le sérum employé.

Elles se présentent sous trois aspects principaux : tantôt c'est l'urticaire, tantôt un érythème scarlatiniforme, tantôt un érythème polymorphe. M. DUBREUILH admet que les éruptions précoces répondent au type ortié, les éruptions tardives au type scarlatiniforme. Ces éruptions sont généralisées ou localisées. Dans ce cas, la localisation se fait aux membres du côté de la flexion, quelquefois au niveau du tronc. Elles débutent quelquefois au siège de l'injection, gagnent de proche en proche et se généralisent : parfois elles se généralisent d'emblée. Elles durent trois à quatre jours mais peuvent persister plus longtemps ou évoluer par poussées successives subintrantes. Elles s'accompagnent de fièvre, d'arthralgie, de myalgie et de diarrhée. On considère ces éruptions comme dues : ou bien au sérum des chevaux ; ou bien à l'alimentation des animaux ; ou bien enfin aux conditions de stabulation dans lesquelles ils se trouvent. A l'heure actuelle il est impossible de se prononcer. Il se pourrait fort bien, néanmoins, que ces éruptions soient dues à la toxine diphtérique : n'en observe-t-on pas dans le cours de la diphtérie non traitée par le sérum

c) Le *sérum antistreptococcique* produit aussi,comme l'a montré JOSIAS, une urticaire généralisée ou localisée qui dure quelques heures, mais peut persister plusieurs jours. Il produit aussi des érythèmes érysipélatoïdes : j'en ai rapporté un exemple à la *Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux* (1896).

c) Je ne crois pas qu'il existe d'exemple d'éruption à la suite d'injection de *sérum antitétanique*.

d) Il n'est pas rare, au contraire, d'observer parfois même des érythèmes divers après l'emploi de *sérum antivenimeux*, mais il est difficile ici de faire la part de ce qui revient au venin et de ce qui revient au sérum.

A côté des éruptions dues aux sérums médicamenteux faut-il placer celles qui sont dues au sérum vaccin, à la *vaccine*, et qui, ont été décrites de main de maître par Melle WAISMAN dans sa thèse? Nous ne le croyons pas car, à l'heure actuelle, nous ne savons pas exactement ce qu'est la vaccine — si c'est une maladie éruptive propre ou si c'est une variole atténuée — nous ne nous en occuperons donc pas.

Les *sérums artificiels* purs ou additionnés de substances médicamenteuses, injectés par la voie sanguine ou la voie hypodermique, ont déterminé des érythèmes divers depuis le type ortié et scarlatiniforme jusqu'à l'érythème polymorphe et même des œdèmes passagers. Il ont été bien étudiés par MM. MAIRET et VIRES, au *Congrès de Nancy* (1896). Ces mêmes auteurs ont signalé des éruptions analogues à la suite d'injection de sérum de mouton, de lapin, de chien et d'homme chez les épileptiques.

Enfin on a signalé des éruptions diverses à la suite d'injections ou d'ingestions des *extraits d'organes* ou

d'organes eux-mêmes, base de l'opothérapie. C'est surtout le suc thyroïdien qui en est cause. Mais ces éruptions ne sont en rien caractéristiques, il n'est pas possible de les décrire à part.

III

Nous venons de voir, Messieurs, quels sont les médicaments susceptibles de produire des éruptions ; la liste en est longue, vous le voyez, et peut-être fastidieuse. Mais il ne suffit pas de connaître les médicaments qui donnent naissance à ces éruptions, pour en comprendre la pathogénie. Le médicament y est pour beaucoup, c'est certain, mais il n'est pas tout !

Il y a d'autres causes, qu'on peut appeler causes prédisposantes, qui doivent entrer pour une large part en ligne de compte. On a invoqué l'influence des saisons, l'ingestion d'alcool, de thé, les impuretés des médicaments : ce sont là des causes problématiques. Ce qui joue le principal rôle : c'est le terrain, c'est le sujet. Un homme prend 4 grammes ou 5 grammes d'iodure de potassium chaque jour et n'a rien, alors que son voisin qui n'absorbe que 0,25 centigrammes d'iodure par jour a des éruptions iodiques parfois très considérables. De plus, un même médicament, l'iodure de potassium produit chez un premier sujet de l'urticaire, chez un second de l'acné ; chez un troisième de l'érythème noueux.

D'où viennent ces différences ?

Elles viennent, Messieurs, de ce que l'on appelle l'idiosyncrasie, c'est-à-dire de la susceptibilité individuelle de chaque sujet pour tel ou tel médicament.

C'est cette idiosyncrasie que M. Landouzy appelle le *coefficient de toxité personnelle*. En un mot ce n'est pas le médicament seul qui fait l'éruption : c'est le malade.

Et d'autre part, tel sujet qui est susceptible pour tel médicament, ne le sera pas pour tel autre et un homme qui a des accidents cutanés bromiques avec 0,50 centigrammes de bromure de potassium, supportera sans broncher 5 grammes d'antipyrine. Le malade, en un mot, est en imminence morbide pour tel ou tel médicament, il ne l'est pas pour tel autre. D'ou vient cette susceptibilité individuelle, cette idiosyncrasie ?

Elle peut être héréditaire : soit en faisant de la peau un locus minoris resistentiæ soit en transmettant l'impressionnabilité nerveuse capable de donner naissance sous l'influence d'un poison à une éruption quelconque.

Elle peut être diathésique. Les éruptions médicamenteuses s'observent plus fréquemment, dit-on, chez les scrofuleux, les arthritiques, les lymphatiques et les névropathes.

Elle peut être enfin acquise, être sous la dépendance d'une lésion des émonctoires. Vous n'ignorez pas que le foie est chargé d'arrêter et de détruire les poisons. S'il est malade, il laisse passer les poisons dans le sang, d'où intoxication, d'où éruption. Vous n'ignorez pas non plus que le rein est chargé d'éliminer les poisons ; s'il est malade, s'il est insuffisant, il y a accumulation du médicament dans le sang, intoxication, éruption.

Ce sont là des données importantes à connaître, puisqu'elles nous serviront à propos de la thérapeutique préventive.

IV

Quelle est la pathogénie de ces éruptions ?

Elle est variable suivant que le médicament agit localement, à la surface externe du tégument, ou suivant qu'il pénètre dans l'organisme. C'est le système nerveux qui est considéré à l'heure actuelle comme le grand régulateur et le distributeur des éruptions cutanées, sans qu'on ait, je dois l'avouer, de preuves palpables et certaines de ce fait. Aussi, tous les auteurs se sont-ils demandé comment les médicaments peuvent agir sur le système nerveux.

Les uns agissent par eux-mêmes, directement sur la cellule nerveuse.

Les autres, disent quelques auteurs, altèrent le sang qui, à son tour, agit sur la cellule nerveuse. Cette théorie se base sur l'expérience de Quinquaud, qui signala des altérations importantes du sang auquel il mélangeait de l'iodure de potassium. Elle se base aussi sur les recherches de Behrend qui prétend que les médicaments altèrent considérablement le sang en produisant des substances très nocives pour le système nerveux. D'autres encore agiraient en troublant le fonctionnement du tube digestif, d'où fermentations anomales, auto-intoxications et action des poisons ainsi formés sur le système nerveux. D'autres enfin irriteraient la muqueuse gastro-intestinale, celle-ci deviendrait le point de départ d'un réflexe qui inhiberait le système nerveux. Les partisans de cette théorie invoquent l'expérience de Patani qui constata un spasme pulmonaire après irritation de la muqueuse gastro-intestinale.

Toutes ces théories font donc jouer le principal rôle au système nerveux qui réagirait sous l'influence de ces diverses excitations en produisant la vaso-dilatation cutanée, d'où hyperémie, érythème ; ou en diminuant la trophicité, la résistance cellulaire, en favorisant l'infection par les microbes banals qui vivent, à l'état normal, dans la profondeur des culs-de sac des glandes sudoripares et des glandes sébacées : c'est la pathogénie des lésions pustuleuses, aussi

Sabouraud désigne-t-il certaines hydrargyries sous le nom de *phlycténose microbienne hydrargyrique*.

A côté de cette théorie il en est une, et non des moins importantes, qui attribue les lésions cutanées à l'irritation locale de la peau au contact des sécrétions chargées des principes médicamenteux qu'elles éliminent. Cette théorie peut être invoquée dans certains cas, elle ne peut l'être dans tous, pour les éruptions bromiques en particulier qui ont une prédilection particulière pour les tissus de cicatrices, c'est-à-dire dépourvus de glandes sudoripares.

Quant aux applications médicamenteuses locales, elles agissent : soit en produisant, par irritation cutanée, un réflexe inhibiteur sur la cellule nerveuse ; soit en tuant la cellule et en favorisant l'infection ; soit enfin en pénétrant par absorption dans l'organisme et en agissant alors comme il a été dit plus haut.

A l'heure actuelle, il n'est pas permis de prendre parti pour telle ou telle théorie, peut-être renferment-elles toutes une part de vérité.

Ce qui ressort de cette étude, c'est qu'il y a comme une chaîne ininterrompue entre les éruptions toxiques et les éruptions des maladies infectieuses ; les maillons de cette chaîne sont formés par les éruptions toxiques, les éruptions auto-toxiques, les éruptions médicamenteuses, les éruptions sérothérapiques et les éruptions des maladies infectieuses.

V

S'il me fallait vous faire ici un diagnostic complet des éruptions médicamenteuses, il me faudrait passer en revue la dermatologie tout entière, puisqu'elles peuvent revêtir le masque de toutes les dermatoses. Tel n'est pas mon but. Le seul examen, même minutieux, de l'éruption et de ses caractères est absolument insuffisant pour établir votre diagnostic.

Méfiez-vous cependant de ces éruptions qui surviennent brusquement sans symptômes cutanés ou généraux prodromiques qui sont apyrétiques, et qui sont symétriques. Recherchez avec soin quel est le médicament qu'a pu prendre le malade ou qu'il prend encore actuellement ; recherchez les symptômes accessoires de l'intoxication par ce médicament. Vous aurez la preuve qu'il s'agit bien d'une éruption médicamenteuse si elle disparaît après la cessation du médicament. Vous pourrez confirmer cette preuve si l'éruption reparaît quand le malade reprend le même médicament ; mais ce n'est pas là un moyen pratique, il est contraire aux règles professionnelles, puisqu'il peut être nuisible au malade, qui, du reste, ne s'y soumettrait pas toujours volontiers.

Rappelez-vous surtout, Messieurs, qu'il faut d'abord, et qu'il suffit parfois de songer à la possibilité d'une éruption médicamenteuse pour entrer sur la voie du diagnostic.

Ce diagnostic, du reste, sera parfois impossible et l'on a vu des dermatologistes éminents incapables de se prononcer en présence d'une éruption survenant par exemple chez un syphilitique soumis au traitement mixte (cas de Celso-Pellizzari).

Le pronostic des éruptions médicamenteuses est généralement bénin. Il peut être grave : l'hydrargyrie maligne en offre des exemples. La gravité de l'affection tient non pas à l'éruption elle même, mais à la nécessité où on se trouve de supprimer une médication dans une maladie concomitante dont elle est parfois spécifique : l'iodure de potassium et le mercure par exemple dans la syphilis, le bromure de potassium dans l'épilepsie.

IV

Le traitement des éruptions médicamenteuses doit être préventif et curatif.

Lorsque vous employez certains médicaments qui ont la réputation, justement acquise du reste, de produire ces éruptions, examinez avec soin le fonctionnement du tube digestif, du foie et du rein ! S'il est défectueux, attendez-vous à voir les éruptions apparaître. Rappelez-vous l'idiosyncrasie, le coefficient de toxicité personnelle, et procédez avec prudence. Administrez d'abord de petites doses du médicament, puis augmentez progressivement. Ici encore vous aurez des mécomptes ! L'iodure de potassium aux doses quotidiennes de 0,25 centigr. ne déterminera-t-il pas parfois des éruptions internes, alors que des doses de cinq à six grammes sont aisément tolérées.

Se basant sur les constatations faites par M. le Professeur Bouchard sur les dermatoses par auto-intoxication gastro-intestinale, on a préconisé, dans ces dernières années, l'antisepsie intestinale comme traitement préventif et curatif des éruptions médicamenteuses, en particulier de celles qui sont dues à l'iodure et au bromure de potassium. Le naphtol β, le benzonaphtol, le salol ont en effet donné dans quelques cas d'excellents résultats. Lisez la thèse de Gramaud.

Empiriquement aussi on a dit que l'arsenic, associé au bromure de potassium, le tannin administré consécutivement à l'iodure, empêchaient les éruptions de se produire. Ne vous bercez pas trop de ces douces illusions. Entretenez la peau dans la propreté la plus rigoureuse et vous éviterez parfois ces accidents.

En second lieu le traitement devra être curatif.

Vous traiterez localement les lésions éruptives : traitant les formes sèches, prurigineuses, par les émollients et les calmants, appliquant sur les formes humides des poudres inertes ou des pansements aseptiques. Je dis aseptiques et non antiseptiques, car ces derniers peuvent irriter et entretenir la lésion cutanée.

Vous favoriserez l'élimination du médicament par la diurèse, et par les purgatifs : les sulfates de soude et de magnésie donnent surtout d'excellents résultats. Il en est de même du régime lacté qui réduit au minimum les auto-intoxications intestinales.

Devrez-vous avoir recours aux antidotes ? Ce sera bien souvent inutile, car à proprement parler il n'y a généralement pas intoxication.

En résumé il n'y a qu'un moyen d'action : la suppression du médicament. Mais ici encore que d'hésitations dans les cas où il peut y avoir danger à supprimer ainsi l'agent thérapeutique. Ou bien vous négligerez l'affection cutanée : c'est bien souvent impraticable quand on voit les lésions cutanées prendre une extension inquiétante, devenir un véritable danger pour le malade. Celui-ci du reste refuse de continuer la médication. Vous pouvez seulement continuer les doses. Mauvais moyen ! Vous ne faites pas disparaître la lésion cutanée ; vous n'agissez pas suffisamment contre le mal que vous voulez combattre. Ou bien enfin vous supprimez radicalement le médicament, mais alors, je vous le disais il y a un instant à peine, vous pouvez nuire au malade dans un cas pressé où il faut agir vite, énergiquement.

C'est à vous, médecin, de régler votre conduite suivant les circonstances ! Vous n'agirez pas de la même façon chez un épileptique à accès espacés, et chez un épileptique en état de mal. L'épileptique à accès espacés peut attendre ; supprimez le bromure de potassium et l'éruption disparaîtra. L'épileptique en état de mal est un homme qui va mourir ; que vous importe une éruption bromique si vous le rendez à la vie ?

C'est donc à vous d'apporter, suivant que vous le croirez nécessaire, telle ou telle restriction au vieil adage de nos pères : *sublata causa, tollitur effectus.*

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre zélé collaborateur et sympathique collègue le docteur Charmeil, vient coup sur coup d'être élu membre de la **Société française de dermatologie et syphiligraphie** et d'être accueilli comme collaborateur par les **Annales de dermatologie et de syphiligraphie**. Les intéressants mémoires et communications que M. Charmeil a donnés à l'*Écho médical du Nord*, à eux seuls justifiaient ce double choix si flatteur, pour lequel nous prions notre collègue d'agréer les compliments du comité de rédaction tout entier.

— **L'Académie de médecine** a élu hier membre correspondant national le professeur Folet, que nous sommes si heureux de compter au nombre de nos collaborateurs. Nous nous faisons un plaisir de lui adresser nos plus sincères félicitations pour cette distinction si méritée, qui sera si bien accueillie de tous.

———

M. Piettre est nommé préparateur de chimie organique par arrêté rectoral du 25 février 1898 (emploi nouveau).

———

Parmi les candidats inscrits pour la Faculté de Lille au **concours d'agrégation** (*section de chirurgie*), qui commence à Paris demain ses opérations, nous relevons le nom de pas moins de 9 candidats ; MM. Destot, Gaudier, Imbert, Le Fort, Martel Mencière, Rivière, Tailhefer, Vanverts ; il est vrai que sur ce nombre deux seulement sont inscrits uniquement pour Lille.

———

Le **Congrès international** d'enseignement supérieur de Bordeaux, qui avait été fixé au mois de mai prochain, est ajourné à une date indéterminée.

———

Nous relevons parmi les docteurs en médecine nommés par récent décret dans la **réserve de l'armée active**, *au grade de médecin aide-major de 2e classe* ; les noms de MM. Boulogne (de Valenciennes) ; Breton (de St-Amand), et Dassonville (d'Albert), naguère étudiants de notre Faculté de médecine.

———

Distinction honorifique

M. le docteur Ménard (de Vitry-le-François), est nommé officier de l'Instruction publique.

———

NOMINATIONS

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 26 février, M. Budin, agrégé, est nommé professeur de clinique obstétricale.

— M. le docteur Rieffel est nommé, après concours, chef des travaux anatomiques.

Faculté de Bordeaux. — M. le docteur Rondot, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours complémentaire de pathologie interne.

Faculté de Montpellier. — M. Grynfeltt est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, des fonctions de chef des travaux d'histologie.

École de médecine de Marseille. — M. le docteur Roux, professeur suppléant, est chargé du cours de pathologie externe et de médecine opératoire pendant la durée du congé accordé à M. Chapplain.

———

Nous avons le plus grand plaisir à souhaiter la bienvenue à la *Revue médicale, vétérinaire et pharmaceutique de l'Afrique du Nord*, dont le sympathique docteur **Germaix**, d'Alger, est le rédacteur en chef.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs **Caroze**, de Fourmies (Nord); **Sornas**, de Châteaurenault (Indre-et-Loire); **Tellier**, de Waterloo; **Legouest**, de Broons (Ille-et-Vilaine); **Genty**, d'Amiens (Somme); **Brangier**, de Breloux (Deux-Sèvres); **Trossat**, du *Flachat* naufragé à Madère; **Pailhas**, de St-Anthonin (Tarn-et-Garonne); **Havage**, de Paris; **Witz**, du Ban de la Roche (Alsace annexée); **Guichard**, d'Angers (Maine-et-Loire); **Cuttoli** père, de Paillet (Gironde); **Esnault**, de Marans; **Bergeret**, de Louroux (Maine-et-Loire); **Peillas**, de Grasse (Var); **de Castro**, de la Mahedja (Tunisie); **Depied**, d'Orléansville (Alger); **Pullicino**, de Nefta (Tunisie); **Spathès**, de Misserghin (Oran); **Doumic**, de Paris; **Gallavardin**, de Lyon (Rhône); **Garret**, de Paris; **Du Breuil**, médecin honoraire des hôpitaux de Rouen; **Béraud**, de Charlieu (Loire); **Delmas**, de Montpellier (Hérault); **Chevassus**, de Paris; **Combres**, de Montpellier (Hérault); **Marquez**, de Redon (Ille-et-Vilaine); **Dérignac**, de Limoges; **Lafauné**, du Hâvre (Seine-Inférieure); **Pères**, de Montguilhem; **Lund**, professeur de chirurgie, à Manchester; **Parvin**, professeur d'obstétrique et gynécologie, à Philadelphie; **Chokles**, professeur d'hygiène, à Lausanne; **O'Dwyez**, professeur de maladies des enfants, à New-York; **Leuckart**, professeur de zoologie, à Leipzig; **Ferrari**, privat docent de médecine opératoire à Pavie; **von Schröder**, professeur de pharmacologie, à Herdelberg; **Herbert Taylor**, lecteur d'ophthalmologie, à Liverpool; **Podack**, privat docent, à Kœnigsberg; **Pagello**, l'amant de Georges Sand; **Bini**, professeur de psychiâtrie, à Florence; **Préchard**, lecteur de chirurgie, à Bristol, **Rogers**, professeur d'anatomie, à Londres.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, publié par le Dr **Bourneville** avec la collaboration de MM. Ed. **Brissaud**, **Budin**, P. **Cornet**, H. **Duret**, P. **Keraval**, G. **Maunoury**, **Monod**, J. **Noir**, **Poirier**, Ch.-H. **Petit-Vendol**, **Pinon**, P. **Regnard**, **Sevestre**, **Sollier**, **Viron**, P. **Yvon**, Mme **Pilliet-Edwards**. Aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

La sixième édition de ce Manuel, revue et augmentée, se compose de cinq volumes illustrés de nombreuses figures : T. I. Anatomie et physiologie; — T. II. Administration et comptabilité hospitalières; — T. III. Pansements; — T. IV. Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux. — T. V. Hygiène.

OUVRAGES REÇUS

— *Blood and the identification of bacterial species*, par le docteur **Grünbaum**, extrait du *Science Progress*, oct. 1897.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

8e SEMAINE DU 20 AU 26 FÉVRIER 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	3	9
3 mois à un an	10	10
1 an à 2 ans	5	2
2 à 5 ans	2	1
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	9	7
40 à 60 ans	6	13
60 à 80 ans	15	12
80 ans et au-dessus	2	4
Total	56	60

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	5	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	1	»	»	»	»	4	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	5	14	17
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	5	11	12
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	6	1	8	»	»	6	»	»	1	»	»	4	28	28
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	8	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	6	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	9	18	15
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	7	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4	6	8
Fives, 24,191 hab.	»	3	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	2	10	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	5
Total	»	4	»	1	»	»	»	3	28	»	13	»	»	18	»	»	1	1	»	42	116	128

N° 61. Deuxième Année, N° 11. Le Numéro : **10** centimes. 13 Mars 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Rhumatisme et Traumatisme (à propos d'un cas clinique), par le docteur **Ingelrans.** — Extirpation extemporanée, par la bouche, d'un fibrome naso-pharyngien (Méthode de Doyen), par les docteurs **Jousset** et **Trouchaud.** — Intérêts professionnels. — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine,** M. HERVIEUX demande à rendre un dernier hommage public à un agent tel que le vésicatoire, qui a sauvé la vie à tant de malades. M. LANCEREAUX pense qu'il a du bon et du mauvais. Il est dangereux par les infections dont il peut être le point de départ, lorsque le pansement est défectueux. Mais d'un autre côté, dans un cas d'urémie dyspnéique grave avec hydrothorax, le vésicatoire a donné entre les mains de LANCEREAUX une guérison complète ; une autre fois, dans une néphrite saturnine avec anasarque, amélioration considérable. Enfin, en 1885, le même auteur soignant un malade atteint d'affection grave du rein lui mit un vésicatoire qui produisit un abcès : tant que dura la suppuration, le malade alla bien ; quand le phlegmon guérit, le malade mourut !

⁂ M. BRITTO écrit que la cirrhose hépatique est fréquente au Brésil, pays où l'on consomme peu de vin et beaucoup d'alcool. M. LANCEREAUX dit que cette lettre est en contradiction avec celle d'un médecin d'Haïti, qui dit que la cirrhose y est très rare, malgré l'excessive consommation d'alcool.

⁂ M. JOSIAS a réussi à donner la rougeole à trois singes sajous. Il s'est servi de mucus nasal, pharyngé et conjonctival et de sang veineux. Il est survenu un érythème de la face, puis du tronc et des membres, avec fièvre et convulsions. Tout a cessé au bout de cinq jours. Des singes macaques et des porcs inoculés se sont montrés réfractaires.

A la **Société de Biologie,** M. RICHE rappelle que si on met obstacle à l'élimination rénale, on favorise l'infection. C'est ainsi que si on inocule un microbe atténué, qui ne se développe pas, on obtient sa pullulation en liant les uretères. — Une épidémie de rougeole vient de frapper les nouveau-nés de la crèche de la Maternité. Les personnes adultes placées dans la même pièce n'ont pas été contaminées, excepté une femme, ayant déjà eu la rougeole, et atteinte d'une néphrite intense; la maladie s'est montrée chez elle d'une sévérité exceptionnelle.

⁂ MM. WIDAL et WALLICH ont autopsié une femme ayant présenté des symptômes d'infection avant son accouchement. Il s'agissait de streptococcie ; l'enfant mourut à deux jours, présentant, lui aussi, une infection de même nature. Il est difficile de trouver chez la mère la porte d'entrée ; d'autre part, il est à noter que l'infection du fœtus n'a pas entraîné chez lui de lésions cellulaires. C'est un exemple clinique de passage du streptocoque de la mère à l'enfant.

⁂ M. MARTIN a produit la méningite tuberculeuse chez le cobaye et le lapin en injectant des bacilles dans

le liquide céphalorachidien. Les cobayes meurent en dix jours avec des paralysies et de l'hypothermie ; les lapins peuvent résister deux mois.

*** M. PHISALIX établit que la propriété préventive du sérum antivenimeux provient de l'organisme. Toutefois, la réaction vaccinale qui suffit pour protéger l'organisme qui en est le siège n'est pas assez puissant pour engendrer des substances antitoxiques capables d'agir immédiatement chez d'autres animaux.

A la **Société anatomique,** M. NISSIM présente des épreuves photographiques et radiographiques d'un cas de myosite ossifiante progressive. Presque tous les muscles sont atteints.

MM. MOUCHET et DE RIBIER apportent un fémur qui offre, à son extrémité inférieure, une exostose du tendon du grand adducteur, de nature ostéogénique.

A la **Société de chirurgie.** M. MONOD a observé une malade qui, 25 ans auparavant, avait déjà consulté NÉLATON pour le même sarcome du sein qui fut enlevé en 1889. Il pesait cinq kilos et avait un demi-mètre de tour ; le sein reposait sur la cuisse. En 1890 et 1891, il fallut réintervenir ; en 1896, mort par sarcome développé dans la région dorsale.

*** M. HARTMANN vient de voir un homme atteint d'occlusion intestinale ; il existait un suintement au fond de la cicatrice ombilicale. A l'ouverture du ventre, il trouva une anse intestinale distendue en forme de T. C'était le canal omphalo-mésentérique persistant.

*** M. QUÉNU présente un cancer du col utérin enlevé par laparotomie. L'auteur dit que dans l'épithélioma cervical, il est indispensable de pratiquer l'hystérectomie abdominale ; l'utérus entier doit être enlevé avec le tissu paracervical. Si on fait cette extirpation par le vagin, on blesse à coup sûr l'uretère.

*** M. TUFFIER montre un malade qui eut, il y a quatre ans, un traumatisme du bras droit et qui présente actuellement de l'œdème de cette région. Il se demande s'il s'agit d'un trouble nerveux, d'une infection atténuée ou d'un véritable éléphantiasis.

*** M. RICARD étudie l'intervention chirurgicale dans les luxations irréductibles de l'épaule. Il existe dans les cas récents une interposition capsulaire, tendineuse ou osseuse qui s'oppose à la réduction. L'arthrotomie large et immédiate est alors le procédé de choix. Après plusieurs semaines, lorsque la luxation a été méconnue, on a lieu de supposer que l'irréductibilité tient à la rétraction des lèvres de la déchirure capsulaire ; il est légitime d'essayer de rompre les adhérences, mais si on ne réussit pas, l'arthrotomie doit être employée.

M. CHAPUT pense que la résection n'est indiquée que dans un petit nombre de cas en ce qui concerne les luxations anciennes invétérées, datant de plus de trois mois, avec effacement de la cavité capsulaire. En effet, le fonctionnement d'une articulation réséquée est quelquefois inférieur à celui d'une jointure simplement mobilisée. Avec un réséqué de plusieurs mois, les mouvements actifs sont très réduits. M. CHAPUT admet, comme indication à la résection, les cas où les mouvements sont restreints ou douloureux, la compression des vaisseaux ou des nerfs de l'aisselle et enfin les luxations récidivantes avec lésions osseuses considérables. Dans un cas, sur une tête humérale réséquée il a trouvé en arrière une large encoche en nacelle ; il semblait qu'on eût enlevé au couteau un quart de la tête de l'os. C'était une usure par le rebord glénoïdien, due à la permanence de la luxation. M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE n'est pas du tout de cet avis ; il lui est impossible d'admettre que les luxations récidivantes soient permanentes. Quant à la valeur de la résection, elle est pour lui très grande, à la condition que la mobilisation soit précoce. Certaines luxations traitées par la mobilisation sans réduction, conservent des mouvements assez étendus, à tel point que la résection ne donnerait rien de plus et qu'il est inutile d'intervenir.

A la **Société médicale des Hôpitaux,** M. BALLET apporte les résultats de l'autopsie d'une malade ayant présenté les symptômes désignés sous le nom de psychose polynévritique. Il s'agit d'une femme de trente ans, tuberculeuse et alcoolique, atteinte de névrites multiples. Les cellules des cornes antérieures sont très altérées, et leurs modifications paraissent consécutives aux lésions des nerfs. Le point le plus important consiste dans les modifications des grandes cellules pyramidales de l'écorce cérébrale et des cellules géantes de BETZ. Il y avait une cellule atteinte sur quatre ou cinq ; elles avaient perdu leur forme triangulaire et les prolongements en étaient peu nets.

*** MM. ACHARD et WEIL ont recherché dans quelles conditions se produit la saccharosurie et si elle peut fausser les résultats de l'épreuve de la glycosurie alimentaire, car c'est de saccharose qu'on se sert habituellement pour faire cette épreuve. Trente-sept sujets ont absorbé 100 grammes de sucre de canne : dans 17 cas, glycosurie coïncidant avec des troubles hépatiques ; dans 20 cas, saccharosurie sans glycosurie et pourtant

cette deuxième série comprenait six hépatiques). Donc, la saccharosurie alimentaire est indépendante de l'état du foie. Le sucre de canne ne subit que dans l'intestin grêle l'interversion qui le dédouble en glycose et lévulose assimilables. Si l'absorption du sucre commence dans l'estomac, on conçoit donc qu'il puisse passer en nature dans l'urine. La saccharosurie dépend bien plutôt de conditions ayant trait aux phénomènes digestifs que de l'état des fonctions hépatiques. Cela explique pourquoi la rapidité de l'absorption facilite la saccharosurie. Il en résulte que l'épreuve de la glycosurie alimentaire, faite avec la saccharose, est trop influencée par les phénomènes digestifs. Il y a donc lieu d'employer le glycose pur à la dose de 150 grammes.

⁂ MM. HUCHARD et DEGUY ont autopsié un malade présentant une rupture de la valvule mitrale sans cause déterminante. Cette rupture resta toujours latente. Le sujet devait avoir depuis longtemps de l'insuffisance avec rétrécissement de la valvule mitrale. Le seul fait important que la rupture ait amené, ce fut de rendre la cardiopathie rebelle à toute thérapeutique. Elle s'est produite à la suite de la calcification complète d'un tendon.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. CARLIER présente un calcul du rein, provenant d'un sujet tuberculeux, qui le portait depuis au moins 20 ans, et n'avait jamais présenté que des accidents douloureux : coliques néphretiques, cystalgie il y a quelques années, et point douloureux dans la région lombaire qui le forçait à prendre une attitude spéciale.

M. CARLIER fit la taille rénale, et il trouva inclus dans la substance propre du rein, et nullement dans le bassinet, ce calcul qui pèse quatre à cinq grammes, est ramifié, branchu et dur. M. CARLIER explora aussi le bassinet. Les suites opératoires furent des plus simples et comme seul incident on cite au bout de 3 jours une hématurie qui céda à une injection d'ergotine. Depuis ce temps, le malade ne souffre plus. Il s'agit là certainement d'un calcul de l'enfance du parenchyme rénal, qui a grossi petit à petit sans pourtant amener de trouble sérieux.

⁂ M. MOUTON, interne des hôpitaux, présente une pièce anatomique constituée par un fragment d'intestin grêle (iléon) sur lequel est implanté un diverticule de Meckel, long de 3 centimètres à peu près. On sait que le diverticule de Meckel, vestige du canal omphalo-mésentérique, est assez rare, et ne se rencontre qu'une fois sur 80 individus.

⁂ M. GAUDIER présente des tumeurs du larynx. Ce sont des masses papillomateuses qui remplissaient toute la glotte d'une vieille femme de 60 ans. La voix était absolument éteinte, et il y avait en plus des accès de suffocation, dus à ce qu'un polype, implanté sur la commissure antérieure, faisait soupape, et pendant l'inspiration obstruait en partie l'orifice glottique.

M. GAUDIER put, sous la cocaïne, faire par la voie endolaryngée l'ablation de ces masses papillomateuses ; non sans divers incidents dramatiques dus aux accès de dyspnée de cette malade.

⁂ M. LAMBRET présente, provenant du service du professeur FOLET, les pièces anatomo-pathologiques suivantes :

1° Un volumineux anévrysme du creux poplité, pour lequel on fit l'amputation de la cuisse ;

2° Un maxillaire supérieur réséqué pour fibrome naso-pharyngien ;

3° Un utérus et des collections suppurées, provenant d'une hystérectomie abdominale faite pour suppuration pelvienne, par le dernier procédé de RICHELOT.

⁂ M. DESOIL lit une très intéressante note sur la valeur clinique de l'ichtyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. L'ichtyol a été donné à l'exclusion de tout autre médicament spécifique, à tous les tuberculeux, hommes ou femmes, qui ont été reçus dans le service de M. le Prof. COMBEMALE, de novembre 1896 à décembre 1897, soit un total de 120 malades.

L'ichtyol doit être pris au moment des repas sous forme de pilules ou capsules, à des doses quotidiennes allant progressivement de 1 à 3 ou 4 grammes. Les gouttes et potions d'ichtyol doivent être proscrites en raison de l'odeur nauséabonde du médicament qui enlève l'appétit des malades et les empêche de manger.

L'ichtyol est généralement bien toléré. Dans quelques cas, cependent, il amène de la diarrhée soit dès les premiers jours de son usage, soit dans le cours du traitement, lorsque la dose est trop élevée. Le dermatol (2 à 5 grammes), est en cette occasion le meilleur antidiarrhéique à employer. Si le dermatol ne fait pas d'effet, il faut suspendre l'ichtyol.

Dans les 2/3 des cas, dans notre statistique, l'ichtyol a agi favorablement. Dans les autres cas il n'a pas eu d'effet ou a agi défavorablement.

L'ichtyol exerce son action, à la fois sur l'état général et l'état local. C'est un excitant de la nutrition générale. Il stimule l'appétit, favorise les échanges, active les fonctions d'assimilation. Par suite, les malades

engraissent et reprennent des forces : les sueurs disparaissent.

Localement c'est un bon antiseptique des voies respiratoires.

A la dose de 1 à 2 grammes, il fluidifie les crachats, les rend moins purulents et moins fétides et facilite leur expulsion ; — par le même fait il calme la toux et diminue la dyspnée.

A la dose de 2 à 4 gr., il modifie plus profondément la muqueuse bronchique et tarit alors l'expectoration.

On peut donner l'ichtyol à haute dose aux tuberculeux de la première période : il agit alors plus particulièrement sur l'état général ; et dans certains cas favorables a paru contribuer à la cicatrisation définitive des lésions.

Dans les tuberculoses avancées, caverneuses, à la période consomptive, il est préférable de faire prendre l'ichtyol à faible dose (1 à 2 gr). Il agit surtout dans ces cas, comme antiseptique pulmonaire ; comme agent fluidifiant et expectorant, tout en conservant ses propriétés sur l'état général et les voies digestives. A plus haute dose, il produit un état d'assèchement des bronches, diminue les crachats, ce qui augmente la gêne respiratoire du malade et congestionne sa poitrine.

D'une manière générale, l'ichtyol agit plutôt favorablement dans les formes torpides de la tuberculose pulmonaire ; et dans les tuberculoses à la période d'induration.

Il est contr'indiqué et quelquefois est nuisible dans les formes éréthiques ou les périodes fébriles de la maladie ; dans les poussées congestives avec fièvre ; dans la granulie et la tuberculose aiguë.

En résumé, l'ichtyol n'est pas un médicament curatif de la tuberculose pulmonaire ; il n'est qu'un auxiliaire du traitement hygiénique, pouvant répondre à certaines indications symptomatiques. A ce titre, il est un excellent médicament bien toléré par les malades et qui, administré avec méthode, peut rendre de grands services dans toutes les périodes de la tuberculose pulmonaire, même dans les formes ultimes, là où échouent la créosote et ses dérivés.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rhumatisme et Traumatisme

(à propos d'un cas clinique)

Par le docteur **Ingelrans** (de Lille)

Nous avons eu l'occasion d'observer tout dernièrement un rhumatisme articulaire aigu, manifestement éclos sous l'influence du traumatisme. Il ne nous paraît pas inutile, à ce propos, de redire quelques mots sur cette question d'étiologie, non pas que quelques auteurs ne s'en soient occupés, mais parce qu'elle est peu mise en relief par les classiques, même les plus complets, et qu'en somme les faits de ce genre ne sont pas tellement nets qu'on doive les tenir pour monnaie courante.

De prime abord, l'obligation s'impose de définir quel genre de rhumatisme l'on a en vue lorsqu'on montre que le traumatisme peut en être la cause. En fait, il s'agit, d'après tous les auteurs, de n'importe quelle affection articulaire, aiguë ou chronique. Cette confusion entre des formes, et peut-être des maladies distinctes, se justifie, si l'on prend garde que leurs symptômes sont assez voisins et leurs lésions assez communes pour que récemment encore on ne pensât pas à les diviser ; et si actuellement tout porte à croire que le rhumatisme polyarticulaire aigu est une infection microbienne spécifique, on ne peut pas non plus nier que les causes habituelles et les signes des rhumatismes chroniques ont avec lui plus d'une affinité. D'ailleurs, les lignes qui suivent, en montrant que le traumatisme suffit à amener des variétés fort dissemblables excuseront sans doute un manque de clarté qui n'est pas dans les mots, mais dans les choses, et feront voir une fois de plus que le vaste terme de rhumatisme sert de titre à un des chapitres les moins éclaircis de la pathologie.

La thèse de Barbé (Paris 1885) est un bon travail sur ce sujet et nous en avons tiré bien des détails ; néanmoins, il ne semble pas que les auteurs récents aient grande connaissance des faits dont nous voulons dire un mot, car voici tout ce qu'on trouve, par exemple, dans l'article qu'écrit Widal en 1896 (*Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert, tome II, p. 728) « Le traumatisme réveillerait surtout les arthropathies chez les individus ayant déjà souffert de poussées rhumatismales ; lorsqu'on parcourt la liste des blessures qui ont été accusées de provoquer le rhumatisme, on ne peut se défendre de penser qu'on a dû souvent confondre la polyarthrite aiguë fébrile avec des pseudo-rhumatismes infectieux » Quelquefois, oui ; mais souvent semble exagéré, les observations en sont la preuve.

En 1817, Brugière met au rang des causes prédisposantes du rhumatisme tout ce qui est capable de débiliter certaines parties du corps, comme un

coup, une luxation, etc. Il donne l'observation d'une femme de 23 ans, qui se fait une contusion des épaules en tombant à la renverse ; le lendemain et le surlendemain, douleurs, puis frissons. Dans les jours qui suivent, rhumatisme fébrile avec douleurs aux bras, aux jambes et aux poignets. Le rapport de cause à effet se trouve donc nettement indiqué par l'auteur ; nous ne le citons que pour mémoire, car il faut arriver en 1876, pour voir Verneuil s'en occuper sérieusement à l'Académie de Médecine. Sa communication roule constamment sur la diathèse arthritique, mais si l'appellation a changé, peu importe et l'on s'entend de reste.

Une lésion traumatique, dit Verneuil, peut rappeler les accidents articulaires depuis bien longtemps éteints. « Mais il serait fort intéressant de savoir si une blessure, inopinément contractée, pourrait éveiller la diathèse et provoquer son apparition inattendue chez un sujet simplement prédisposé, mais indemne jusqu'alors. Or, à cette question, je ne pourrais répondre que par des hypothèses, n'ayant pas par devers moi de faits bien concluants. » Le cas personnel qui fait l'objet de cette note nous semble une réponse directe à ce desideratum.

Parmi les malades cités par Verneuil, il en est plus d'un simplement atteint d'arthrites infectieuses. Mais comment expliquera-t-on sa deuxième observation ?

M. L..., 40 ans, forte constitution, est apporté à la Pitié pour une fracture de la partie moyenne de la cuisse droite. Il a été placé immédiatement sur un brancard, enveloppé d'épaisses couvertures ; il n'avait subi aucun refroidissement.

A son arrivée, il était très agité et très inquiet. La journée fut mauvaise et il accusa de vives douleurs. Malgré tous les soins, l'état général était assez mauvais ; il y avait de la soif, de l'anorexie, un mouvement fébrile évident. Dans le courant de la troisième nuit, il est pris de douleurs vives dans les poignets, qui sont tuméfiés, rouges, très sensibles au toucher et immobilisés par la souffrance. Il s'agissait d'une arthrite rhumatismale des mieux caractérisées. Le malade avait eu neuf ans auparavant une attaque de rhumatisme aigu généralisé, qui l'avait tenu cinquante jours au lit et qui avait guéri sans le moindre retour.

Le rhumatisme évolua normalement ; il envahit successivement les articulations tibio-tarsienne, fémoro-tibiale et scapulo-humérale du côté sain, augmenta sans doute l'arthrite normale du genou gauche, toucha en passant la hanche du même côté et fut en voie de résolution au bout de quinze jours.

Le 9 février, L... fut pris dans la soirée de délire loquace et d'agitation considérable avec fièvre forte et sueurs ; on dut recourir à la camisole de force. A la visite, je diagnostiquai une attaque de rhumatisme cérébral qui dura plusieurs jours. A la fin de février, le rhumatisme articulaire n'était pas complètement dissipé.

L'observation VI du même auteur se résume ainsi : contusion légère et sans plaie de la main gauche chez un ancien rhumatisant ; gonflement douloureux de la région blessée. Accidents généraux graves, rapidement apparus. Fièvre, excitation cérébrale, gonflements articulaires multiples. Attaque de rhumatisme généralisé promptement guéri.

Charcot, dans son *Traité des Maladies des vieillards*, insiste sur le traumatisme qui provoque les manifestations rhumatismales. Pour lui, le siège de ce traumatisme a souvent une influence sur l'arthrite consécutive. « Nous possédons, dit-il, plusieurs observations dans lesquelles le rhumatisme, aigu ou chronique, s'est développé à la suite d'un coup, d'une chute, en débutant par l'articulation la plus voisine du point lésé. Chez une femme, la maladie a débuté par l'épaule droite qui avait été fortement contusionnée à une époque antérieure. »

Nous nous reprocherions de ne pas indiquer ici brièvement le cas rapporté par M. Surmont en 1887 (*Bulletin médical du Nord*, p. 376). Il s'agit d'une femme de 58 ans qui, depuis le 5 décembre, se trouvait dans un état de malaise général. En voulant l'asseoir sur son lit, son mari lui démit probablement l'épaule droite. Le 13 décembre, jour de l'examen, les épaules, les poignets et le genou gauche sont gonflés et douloureux ; le 15, c'est le tour du genou droit, les jours suivants les cou-de-pieds se prennent, enfin le 20, il existe un souffle au cœur. Nous passons sur les détails, mais il importe de noter que l'arthrite persista à l'épaule droite, entraînant à sa suite une pseudo-ankylose. M. Surmont a vu là, et nous le croyons volontiers, une cause d'irritation suffisante (la luxation) pour expliquer la fixation inflammatoire en ce point.

M. Potain fait remarquer que souvent les articulations successivement prises sont situées du côté où a eu lieu le choc. Il n'en est pas toujours ainsi, tant s'en faut. Nous n'en voulons comme preuve que ce serrurier qui, s'étant donné un coup de marteau sur un doigt, eut une arthrite phalangienne, puis bientôt après une arthrite de l'articulation symétrique et enfin un rhumatisme aigu généralisé (Potain).

Les blessés voient souvent se réveiller un rhumatisme chronique. Ripoteau (thèse de Bordeaux, 1887) rapporte à cet égard un fait intéressant. Il s'agit de

rhumatisme articulaire chronique d'emblée, causé par une contusion du coude (le bras droit a été saisi entre une voiture et le montant d'un portail). La même cause, qui est dans l'espèce le trauma, entraînant ainsi tantôt le rhumatisme aigu, tantôt les arthrites chroniques, montre, ainsi que nous le disions au début, qu'on trouverait peut-être plus d'un lien pour rattacher ces manifestations morbides les unes aux autres.

Le rhumatisme subaigu de son côté peut prendre une allure aiguë sous la même influence étiologique. C'est ainsi qu'une femme de 25 ans est d'abord atteinte de rhumatisme généralisé (Berger, *France médicale*, 1876, n° 93); les douleurs se fixent sur le pied gauche. Plusieurs mois après, comme elle ne peut marcher que très difficilement, on met des pointes de feu à cet endroit. Le lendemain, nouvelle attaque aiguë typique, débutant par le pied malade et s'étendant à la plupart des articulations.

Enfin, dans le rhumatisme chronique, la violence semble être une véritable excitation. Elle crée, dit Barbé, un *locus minoris resistentiæ* sur lequel l'affection aura plus de prise, marchera plus vite, etc. Quoi de plus curieux que l'histoire suivante?

Une femme, employée au Marché-aux-Veaux, arrive dans le service de Verneuil, présentant aux mains des lésions rhumatismales chroniques très accentuées, mais la main droite est infiniment plus prise que la gauche. Ce phénomène est rare dans les déformations digitales du rhumatisme chronique, généralement symétriques. En voici l'explication : la malade, pour nourrir les jeunes veaux, devait introduire les doigts de la main droite dans leur bouche et ces animaux les mâchonnaient continuellement. Le fait avait tellement frappé Verneuil qu'il fit faire le moulage comparatif des deux mains.

Une éventualité moins explicable est celle où l'article lésé reste indemne alors que les autres s'enflamment. Lepetit (*Centre médical*, 1er février 1896) cite un homme de 27 ans qui avait eu, deux ans auparavant, une attaque polyarticulaire aiguë guérie. En juillet 1895, chute de cheval, luxation du coude gauche qui est réduite sans difficultés. L'accident arrive à midi ; le blessé rentre chez lui et se couche. Deux jours après, sans s'être exposé au moindre refroidissement, il présente une poussée de rhumatisme aigu dans les articulations des doigts de la main gauche et du poignet du même côté : gonflement, rougeur, douleur, fièvre ; le lendemain, l'épaule gauche, puis l'épaule droite se prennent. Cette poussée de rhumatisme, légère, a cédé en quelques jours au salicylate de soude. Il est à remarquer que le coude gauche, c'est-à-dire l'articulation luxée, n'a pas été atteint par la fluxion rhumatismale, alors que les deux articulations voisines, poignet et épaule, étaient successivement prises.

Voilà toute une série d'observations démontrant amplement la réalité des faits qui nous occupent et établissant suffisamment qu'il ne s'agit point toujours de pseudo-rhumatisme infectieux. Tous les auteurs, Verneuil en tête, déclarent que le traumatisme réveille simplement la diathèse (nous conservons ce mot, faute de mieux) chez des individus entachés de rhumatisme. Et, de fait, rares sont les cas où l'on ne trouve aucune manifestation articulaire antérieure chez les sujets en cause. Telle est toutefois l'observation personnelle que nous publions ci-après et qui mérite l'attention à ce point de vue : l'enfant qu'elle concerne était assurément vierge de toute attaque rhumatismale avant celle qu'une légère blessure lui a causée. Comment alors expliquer une pareille influence, si l'on n'admet la haute importance du tempérament arthritique, affirmé ici par le rhumatisme chez un des ascendants directs? Le trauma constitue la cause déterminante, mais non efficiente, de la maladie. « Il arrive fréquemment, dit Hunter, que les lésions traumatiques jettent les fondements de certaines maladies, non qu'elles les produisent immédiatement, mais en excitant quelque susceptibilité de constitution ou de la partie à se transformer en une disposition pour une maladie qui peut rester latente pendant un temps considérable et passer ensuite à l'état d'action. » Cela n'est nullement en contradiction avec les vues actuelles sur la pathogénie du rhumatisme polyarticulaire aigu, car qui ne sait l'influence du trauma sur les localisations de la tuberculose et les expériences tant de fois citées de Max Schüler? S'il existe un microorganisme spécifique du rhumatisme, pourquoi ne pas admettre, ici comme là, que le traumatisme peut faciliter sa pullulation chez un prédisposé? Et d'autre part, de quelque manière qu'on comprenne le rhumatisme chronique, il n'est pas interdit de croire qu'une cause affaiblissant une jointure soit capable de la désigner plus spécialement à l'élection morbide.

Nous en venons donc à concevoir ce qui se passe

comme la résultante de la diathèse arthritique réelle ou en puissance héréditaire chez le sujet considéré. En relisant les observations, il serait aisé de démontrer qu'il en est constamment ainsi. BESNIER cherche à expliquer l'éclosion du rhumatisme chez des sujets ne portant pas trace d'arthritisme par l'intervention de la scrofule qu'on ne s'attendait pas à voir en cette affaire.

« Parmi les états constitutionnels, dit-il (*Dict.* DECHAMBRE), le complexus certainement trop vaste, qu'on réunit sous le nom de scrofule est un de ceux qui ont le plus souvent d'affinité avec le rhumatisme. Nombre de jeunes scrofuleux deviennent rhumatisants à l'âge adulte. » Cette manière de voir nous étonne et l'on soutiendrait sans doute le contraire avec de meilleures raisons. En tous cas, mieux vaut assurément supposer, quand on ne trouve nulle part l'arthritisme, qu'il nous a échappé, que de se rabattre sur la scrofule, terme bien vague et qui, à coup sûr, désigne, dans son sens propre, l'antipode de l'arthritisme.

Venons-en maintenant à la courte observation que nous voulons faire connaître.

Au commencement de cette année, on m'amène un petit garçon de sept ans qui vient d'être renversé par une bicyclette. Cet enfant est très effrayé de se trouver ensanglanté ; il porte, en effet, au front une coupure assez profonde, longue de 2 cent. à peu près, et qui saigne passablement. Un point de suture et un pansement antiseptique font les frais de l'événement ; je recommande aux parents de coucher l'enfant le reste de la journée, car il est fort ému. Les choses se passent ainsi ; le surlendemain, malaise ; le jour suivant, l'enfant se plaint de ne pouvoir se tenir debout, il a des douleurs du côté du pli de l'aine, il dort mal, il a les yeux éteints, pas d'appétit, de la fièvre, un abattement profond. Rien d'anormal du côté de la coupure au front ; aucune douleur à la pression, aucune inflammation. Le diagnostic n'était guère facile, quand un ou deux jours après, il devint subitement très clair. Les chevilles et les genoux deviennent le siège d'une fluxion douloureuse, tandis que l'arthrite coxofémorale, cause des douleurs rapportées à l'aîne, disparaît. Il n'existe aucun doute sur la réalité d'un rhumatisme articulaire aigu. Je laisse au salicylate de soude le soin de juger définitivement la question ; j'en donne d'emblée trois grammes et vingt-quatre heures après tout avait disparu. L'enfant était redevenu ce qu'il était auparavant, du moins à son aspect extérieur, car l'auscultation me fit entendre un premier bruit cardiaque éteint et dur, ne dénotant que trop clairement une endocardite en évolution.

Nous racontons ce qui s'est passé le plus brièvement possible, et à dessein, pour montrer le rapport de cause à effet entre le trauma et le rhumatisme. La petite plaie s'est parfaitement cicatrisée ; ce serait, croyons-nous, chercher bien loin une explication insuffisante, que d'admettre un pseudo-rhumatisme infectieux dont la porte d'entrée aurait là son siège. Mais si l'enfant n'avait jamais été malade, et si la mère est bien portante, nous avons eu d'elle le renseignement suivant qui mérite considération : le père de ce petit garçon a eu un rhumatisme articulaire aigu généralisé à 17 ans. A n'en pas douter, pour celui qui a notion des influences héréditaires, l'étiologie tout entière apparaît ici. L'enfant était prédisposé à faire du rhumatisme : il l'aurait eu s'il s'était refroidi, il l'a eu parce qu'il s'est blessé. La cause efficiente est la même, elle nous échappe ; la cause prédisposante varie et elle seule nous appartient.

Les rares partisans actuels de l'origine nerveuse du rhumatisme trouveraient sans doute beau jeu parmi tous ces cas pour étayer leur théorie. On se souvient peut-être encore que FRORIEP et MITCHELL ont prétendu que les arthrites constituent simplement un réflexe trophique dans le genre de celui qui amènerait les arthropathies nerveuses proprement dites. Il y a déjà au cours de cette affection tant de symptômes relevant d'une influence centrale : encéphalopathie, amyotrophie, sueurs, troubles de la sensibilité, symétrie des lésions, qu'en y ajoutant encore comme facteur étiologique l'ébranlement dû au traumatisme, il semble qu'on ait là en main un faisceau serré d'arguments à l'actif d'une pathogénie nerveuse. Le moindre raisonnement indique le mal fondé d'une pareille hypothèse, car l'on n'en est plus à compter les infections au cours desquelles les centres nerveux réagissent au point d'occuper le premier plan ; mieux vaut sans doute se placer sur un terrain aussi général que de se croire obligé, comme FRIEDLANDER et BUZZARD, d'instituer de toutes pièces un centre bulbaire des jointures qui n'est rien moins qu'hypothétique. Ces dernières considérations rentrent plus aisément qu'on ne croit dans notre sujet, car elles nous mènent à la question suivante : s'agit-il dans les cas particuliers que nous envisageons d'une réelle influence du traumatisme ou ne serait-ce que l'émotion qui l'accompagne qu'il faudrait incriminer ?

C'est qu'en effet, si on met à part, comme on le doit à notre sens, l'hypothèse d'une pénétration par la plaie de germes pathogènes, il n'y a plus, somme toute, on l'a vu, qu'une affaire de prédisposition à la

pullulation des agents étiologiques du rhumatisme, quels qu'ils soient et d'où qu'ils viennent, sans supposition quelconque puisque tout est ignoré. Ceci posé, on nous passera sans doute pour le rhumatisme chronique une intervention du système nerveux, opinion qui tend à prévaloir en ce moment. Ce qui est vrai pour l'un ne le serait-il plus pour l'autre et concevrait-on ces arthrites éloignées du point blessé ou contus, envahissant symétriquement un nombre considérable de jointures, etc. sans admettre forcément une influence nerveuse ? bien certainement, ce n'est pas démontré, mais beaucoup de raisons nous induisent à le croire. Dans ces conditions, de savoir si c'est le traumatisme ou l'émotion qui l'emporte, cela devient oiseux, car le mécanisme demeure le même et Potain concilie les deux partis en définissant le traumatisme *tout ébranlement de l'économie* (*Semaine médicale*, 1891, p. 210).

Ainsi nous pouvons faire entrer dans notre cadre la malade de Sénator atteinte de rhumatisme aigu le lendemain d'un bal où elle avait été très effrayée par un début d'incendie. Tout ce qui affaiblit prédispose, a-t-on dit ; dans l'espèce, ce que Potain dénomme agréablement, le *rhumatisme du train des maris* (loco citato) nous servirait à la rigueur d'argument. Inutile toutefois de faire une digression après cet exposé. Il paraîtra probablement complexe à ceux qui n'aiment à envisager les choses que par leurs côtés les plus clairs : cela n'empêche point les autres d'être obscurs. Lorsqu'on écrit les mots suivants : « le traumatisme est la cause unique du rhumatisme et le froid n'en diffère pas, car les malades reçoivent un coup de froid », on fait simplement un mauvais jeu de mots sans faire avancer la question d'un pas. Hâtons-nous d'ajouter qu'un seul homme en était capable ; on reconnaît ici la marque d'Armand Desprès (*France médicale*, avril 1874).

De tout ceci il résulte que le rhumatisme, aigu ou chronique, peut survenir à l'occasion d'un ébranlement quelconque de l'économie (émotion ou traumatisme), comme il survient à l'occasion du froid ou de l'humidité. Toutes ces causes ne sont que prédisposantes : dans les cas aigus, elles permettent à l'agent pathogène de la fièvre rhumatismale polyarticulaire d'envahir l'économie, dans les cas chroniques, elles permettent aux agents étiologiques de s'en prendre plus spécialement à telle ou telle jointure mise en état d'infériorité. Si l'on relit les observations cliniques, on est fort tenté de croire au rôle indispensable du système nerveux dans ces manifestations. On est d'autre part convaincu de la nécessité d'une diathèse spéciale, propre au sujet ou à ses ascendants, en entendant par ce mot non pas une maladie, mais un état d'opportunité morbide. Telle sont les conclusions que nous croyons devoir tirer de ce bref exposé.

Extirpation extemporanée, par la bouche, d'un fibrome naso-pharyngien (Méthode de Doyen) (1)

Par les docteurs **Jousset** et **Trouchaud**.

Nous venons de pratiquer, sur un enfant de 14 ans, profondément anémié par de violentes hémorrhagies, une opération d'ablation complète, par la bouche, d'un gros fibrome naso-pharyngien inséré sur l'apophyse basilaire. Nous avons suivi en cela le procédé décrit par Doyen (de Reims), en avril 1897, à la tribune de l'Académie de Médecine. Nous nous sommes servi de son intrument : une rugine courte, trapue, qui se tient bien en main, se laisse porter avec précision où l'on veut, coupe net en râclant les surfaces osseuses ; un instrument intelligent qui, solidement tenu, permet de faire, vite et bien, de la bonne besogne. Il guérit à lui seul, instantanément, ce que tout l'arsenal chirurgical ne permettait de faire par une série d'opérations.

Il serait fastidieux de décrire ici tous les procédés qui, jusqu'à ces derniers temps, ont divisé les chirurgiens. Une revue sommaire est nécessaire néanmoins pour établir la supériorité incontestable de la nouvelle méthode. On les divise en méthodes simples ou compliquées. La simplicité réside en ce fait que l'opérateur s'attaque directement à la tumeur, par les voies naturelles, nez ou bouche, et par des moyens d'une incontestable simplicité ; on arrache la tumeur, on lie son pédicule, on pince son pédicule, on pratique la galvano-caustique thermique ou chimique. Toutes ces méthodes comptent des succès, mais elles présentent ce caractère commun d'exposer le malade aux dangers de l'infection et de l'hémorrhagie primitive ou secondaire, par le fait d'une intervention qui laisse subsister tout ou partie de la tumeur. Quelques-uns se recommandent évidemment dans des circonstances particulières par leur innocuité relative, elles

(1) Nous rappelons à nos lecteurs que, dans le n° 28 de l'*Écho médical* 1897, M. Gaudier a publié sous le titre « fibrome naso-pharyngien; curetage du naso-pharynx (par la bouche); guérison », un cas absolument analogue.

ont leurs indications et la galvano-caustique chimique appliquée chez des sujets voisins de l'âge adulte a donné des succès relativement beaux.

Ces méthodes simples ont cédé le pas aux méthodes compliquées dans les cas de grosse tumeur à prolongements importants dans le massif facial. Partant de ce principe que, pour procéder à une ablation complète, il faut y voir, on s'est donné du jour aux dépens de la face. Les uns ont songé à se créer une voie à travers la voûte palatine, et, dans un premier temps opératoire, ils ont fendu, entièrement ou à peu près, le voile du palais, détruit la voûte palatine osseuse plus ou moins complètement. Il leur était loisible alors d'entrevoir la tumeur et de se comporter comme il convient. D'autres se sont attaqués au nez, qu'ils ont détaché, et, par les fosses nasales largement ouvertes, sont arrivés à y voir. D'autres enfin ont enlevé la mâchoire supérieure, les mieux intentionnés se conduisant de façon à ne laisser aucune cicatrice, voire même à réappliquer, en son lieu et place, après l'ablation du polype, le maxillaire enlevé.

Tous ces procédés sont issus de Maîtres ; de grands noms s'attachent à leur histoire, et, pour les pratiquer avec succès, il faut avoir le bistouri d'un Chassaignac, d'un Nélaton, d'un Ollier, d'un Péan, lesquels du reste n'opéraient qu'à regret ces mutilations.

Ollier, le père de la méthode nasale, préconise l'arrachement par les voies naturelles comme première opération à tenter. Retenons cette boutade de Mollière : « l'opération préliminaire produit plus » de dégâts en un jour que le polype en plusieurs » années », et il pratiquait l'arrachement simple, se bornant à empêcher l'accroissement de la tumeur, et sa pénétration dans les cavités du voisinage. L'anse galvanique, l'électrolyse restaient dans ces dernières années des procédés de choix, ils permettaient d'atteindre l'âge adulte, et d'acheminer le malade vers une existence tolérable. Cet avantage était acquis au prix d'interventions nombreuses, 50 à 60 séances d'électrolyse, susceptibles de surprendre l'opérateur par une hémorrhagie grave. (Voyez Garel). Mais il est des cas dans lesquels il faut agir vite.

Les trois cas de Doyen, relatifs à des enfants de 15, 14 et 16 ans, réclamaient une intervention rapide. Le premier portait un énorme fibrome qui remplissait le pharynx, les fosses nasales et les sinus maxillaires, causant des hémorrhagies considérables, difficiles à juguler. Le second, déjà mutilé par une résection de la mâchoire supérieure, anémié profondément par les hémorrhagies dues à la tumeur et à de timides tentatives de morcellement, se présentait dans des conditions mauvaises. Le troisième se trouvait dans une situation moins désavantageuse : la tumeur bouchait le cavum et poussait ses premiers prolongements sur les fosses nasales. Doyen estime qu'il faut agir vite « *le temps, pour l'opéré, c'est la vie* », il se crée un outillage approprié à chaque cas, outillage simple ; c'est une rugine qui coupe le pédicule de la tumeur, en râclant la surface osseuse d'insertion ; et il guérit instantanément ses trois malades. Les prolongements néoplasiques du côté du massif facial sont pour lui sans importance : les prolongements accessoires ne sont-ils pas privés de leurs vaisseaux principaux après section du pédicule initial et ne pourra-t-on pas aisément en débarrasser le malade dans un second temps opératoire ? Les indications du procédé ne sont pas restreintes. On peut enlever, sans aucune mutilation, un fibrome naso-pharyngien quelconque, et cela par les voies naturelles, par la bouche pour la tumeur principale, par les voies appropriées pour les tumeurs accessoires.

Notre cas entre absolument dans cette indication formelle : agir vite.

Observation. — Holv..., 14 ans, rue Vaillant, cité Crépy, n° 6, Canteleu, nous est adressé le 5 décembre à notre clinique, par le docteur Mizon (de Lomme), avec le diagnostic : *fibrome naso-pharyngien probable*.

La respiration nasale est impossible, il a de la rhinite, des bourdonnements d'oreille. Nous pratiquons le toucher et nous reconnaissons, en effet, une tumeur dure, couchée sur le voile du palais, remplissant le cavum, insérée à l'apophyse basilaire. Le diagnostic n'est pas douteux, il s'agit bien d'un fibrome naso-pharyngien. L'exploration digitale provoque une hémorrhagie. L'enfant, désagréablement impressionné par cet examen, s'enfuit à toutes jambes et ne reparait plus que le dimanche 13 février.

Depuis un mois, l'enfant a des hémorrhagies abondantes ; le docteur Mizon les a enrayées par des attouchements à l'eau gélatinisée (solution de Carnot). La tumeur descend à un travers de doigt au-dessous du bord libre du voile du palais, gêne la déglutition, provoque de la suffocation, et saigne abondamment dès la première tentative d'exploration. Tous les deux ou trois jours l'enfant a une hémorrhagie importante, il est très anémié, très déprimé. Nous décidons d'enlever la tumeur à la rugine de Doyen et le malade est adressé à la maison de santé des frères de Saint-Camille.

Le 19, chloroforme. Position de Roser. Ouvre-bouche de Larrey. La tumeur est saisie par une forte pince Museux qui la déchire. Hémorrhagie énorme qui bouche le jour, le malade se cyanose, asphyxie sous

cette douche de sang. Sans perdre un instant, l'index gauche est introduit dans le cavum derrière la tumeur, la rugine de Doyen l'y rejoint et sectionne le pédicule en deux coups portés d'arrière en avant et de gauche à droite. Pendant la section, un flot de sang jaillit par les deux narines, éclaboussant tout. L'index gauche saisit la tumeur et l'entraîne au dehors, la rugine le suit. Le cavum et le nez sont bondés d'ouate. La respiration du malade se rétablit, se régularise. L'opération n'a pas eu de durée.

Les suites opératoires ont été excellentes ; de la température à 38° pendant trois jours, et le malade sort de la maison de santé le 24, après cinq jours d'hospitalisation. Le nez est parfaitement perméable : l'injection d'eau qu'on lui fait subir trois fois par jour passe librement dans l'autre narine, le cavum est libre. L'enfant n'a plus cet air abruti et somnolent, il est vif et enjoué.

Nous donnons ci-joint une photographie de la tumeur enlevée. Elle comprend une grosse masse



principale et une masse accessoire qui siègeait vraisemblablement dans une fosse nasale. Le pédicule est large de un centimètre carré environ, nous l'avons trouvé couvert de lamelles osseuses enlevées par la rugine à l'apophyse basilaire. La coupe, pratiquée perpendiculairement à la surface de section du pédicule, a été préparée et dessinée à la chambre claire par M. Bouriez, elle démontre clairement que nous avons enlevé la tumeur aussi complètement que possible. On y voit des lamelles osseuses desquelles partent des prolongements périostés, points de départ du néoplasme fibromateux. L'abondance des vaisseaux nous



(L'image ci-dessus est la reproduction diminuée de plus de moitié du dessin déposé).

permet de ranger cette tumeur dans la catégorie des fibromes érectiles analogues à ceux enlevés par Doyen.

Qu'il nous soit permis pour terminer cet article de donner quelques détails sur le manuel opératoire encore peu connu qui régit l'ablation extemporanée des fibromes naso-pharyngiens.

Disons tout d'abord quels sont les instruments nécessaires.

1° Un ouvre-bouche de n'importe qui, pourvu qu'il tienne en place, et ne laisse pas mordre l'opérateur, car il est nécessaire de ne pas se trouver, en la circonstance, en état d'infériorité ; 2° pince de Museux ; 3° rugine de Doyen appropriée ; 4° tampons d'ouate et quelques pinces hémostatiques ; 5° pince tire-langue. C'est tout.

Le malade est endormi profondément au chloroforme et amené au bord de la table, la tête pendant dans le vide. Le chirurgien se place derrière lui et lui applique l'ouvre-bouche. Il est dangereux de prendre la langue avec la pince, sous prétexte de sécurité plus grande : on attire ainsi le larynx au devant du flot de sang qui jaillira tantôt, et qui, malgré la position déclive de la tête, peut faire irruption dans le larynx et amener l'asphyxie, tout au moins une sérieuse alerte.

Tout est prêt : les tampons sont à droite de l'opérateur, il va les prendre tantôt à la main, et non pas avec des pinces, il les poussera dans le cavum à l'aide du doigt et les y tassera à son gré pour réaliser l'hémostase.

Rapidement, la tumeur est saisie par la pince de Museux ; cette manœuvre, conseillée par Doyen, ne

nous a servi à rien : la tumeur s'est déchirée sous la pince, un flot de sang nous a masqué le jour et faillit tuer le malade. Une seconde d'indécision de notre part eût pu lui être funeste en la circonstance.

L'opérateur porte son index gauche sur l'insertion de la tumeur, la rugine est insinuée derrière elle et portée avec précision sur le pédicule qui est coupé en râclant l'os (sensation spéciale), d'arrière en avant et de gauche à droite, obliquement, pour ne léser en rien les parois latérales du pharynx nasal.

L'indicateur droit, pendant la section, saisit la masse de la tumeur, la tend sous la rugine, l'emporte, la rugine le suit. Pendant la section, un flot de sang jaillit par le nez, éclabousse tout, il ne faut pas se laisser intimider, il faut se hâter, en finir, sortir la tumeur, bonder d'ouate le cavum.

Vous n'avez plus qu'à constater que le pédicule du néoplasme enlevé est garni de lamelles osseuses, témoins d'une rugination soignée qui défie la récidive.

Intérêts Professionnels

Propriété exclusive de la désignation arbitraire d'une maison de santé.

D'un jugement rendu le 13 janvier 1898, par la cinquième Chambre du tribunal civil de la Seine, il ressort que si, en matière d'enseigne, la désignation nécessaire, c'est-à-dire celle qui tient à la nature même de la chose désignée, ne peut être l'objet d'un droit privatif, il n'en est pas de même de la désignation arbitraire, qui ne ressort ni de la nature, ni du genre de l'objet désigné, de telle sorte que l'établissement pourrait être aussi bien connu sous un autre nom. Spécialement, lorsque le propriétaire d'une maison de santé lui a donné pour enseigne la dénomination de « Villa de convalescence », ces mots ne peuvent pas être ensuite adoptés comme enseigne par une maison de santé du même genre, établie dans la même localité.

VARIÉTÉS

Un corps étranger peu ordinaire

Le fait suivant, cité dernièrement par la *Revue de laryngologie*, sort un peu de l'ordinaire.

Une jeune fille de 13 ans s'amusait à jeter en l'air une petite trompette d'enfant et à la recevoir dans sa bouche, quand soudain la trompette glissa dans la gorge et alla se fixer dans la bronche droite.

A chaque inspiration et expiration la trompette donnait un son qui pouvait s'entendre à plus de 15 mètres.

Les parents refusèrent toute intervention chirurgicale et la fillette succomba au bout de trente-trois jours.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

NOMINATIONS

M. Louis, pharmacien de 1re classe, a été nommé, par arrêté du 5 mars 1898, **chef des travaux pratiques de chimie minérale** (emploi nouveau).

— M. Demeure, répétiteur au lycée d'Amiens, a été nommé, par arrêté du 28 février 1898, **chef des travaux pratiques de physique**, en remplacement de M. Dereux, démissionnaire.

— M. le Dr Thooris, médecin aide-major de 1re classe au 19e chasseurs est promu au grade de médecin-major de 2e classe et maintenu provisoirement à son poste actuel.

— M. le docteur Duméry, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Lille, est désigné pour le 6e régiment d'infanterie, à Saintes.

Les élèves de M. le professeur Folet lui ont offert, le vendredi 11 mars, un objet d'art à l'occasion de son élection comme **correspondant national** de l'Académie de **médecine.**

M. le professeur Folet, très touché de ce témoignage de sympathie, a remercié lui-même ceux de ses élèves qui étaient présents. Il nous prie, tenant à n'oublier personne, de transmettre ses remerciements à ceux qui n'avaient pu ce jour-là, se rendre à l'hôpital Saint-Sauveur.

Les professeurs de l'Université et de l'enseignement secondaire de Lille désirant prendre part à l'**Excursion en Grèce**, organisée par la *Revue des Sciences* seront autorisés à s'absenter du 2 au 24 avril.

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer à nos confrères que les Compagnies **Paris-Lyon-Méditerranée** et **Midi** donneront aux billets d'aller et retour, pris par les Congressistes se rendant au **Congrès français de médecine**, qui tiendra sa 4e session à Montpellier, le 12 avril 1898, une prolongation de délai suffisante pour permettre le retour après la clôture du Congrès. L'**État** accorde une réduction de 50 p. 100 sur les lignes aux mêmes Congressistes.

L'instruction pour l'**admission à l'École du service militaire de santé** en 1898 vient d'être publiée dans le *Journal officiel*.

La composition scientifique se fera le 1er juillet, à huit heures du matin, dans une salle de l'hôpital militaire ou de l'Ecole (Paris et Lyon), ou dans le local désigné par le général commandant le corps d'armée, sur la proposition du directeur du service de santé. Quatre heures sont accordées pour sa rédaction.

La composition de langue étrangère se fera le même jour, à deux heures de l'après-midi, dans le même local. Deux heures sont accordées pour cette épreuve. Il sera accordé le même jour deux autres heures supplémentaires aux candidats qui désireront faire une composition écrite supplémentaire de langue étrangère.

La composition de philosophie se fera le lendemain matin, à huit heures, dans le même local. Trois heures sont accordées pour cette composition.

Le docteur Laporte, que la justice avait si sévèrement frappé pour avoir fait tout son devoir dans des circonstances dont le souvenir est présent à toutes les mémoires, a été acquitté en appel devant la 7e chambre de la Cour de Paris. Nos félicitations à notre confrère.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Ecole de médecine de Caen. — M. le professeur Auvray est nommé directeur de la dite école.

— M. Cheval est chargé d'un cours d'histoire naturelle.

— M. Léger est chargé des fonctions de suppléant à la chaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Frémont est chargé des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

Ecole de médecine de Rennes. — M. le docteur Le Damany est institué chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Piojol est nommé chef de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Marceau est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Académie de médecine

Dans sa dernière séance, l'Académie de médecine a élu correspondants nationaux MM. Bertin (de Nantes) et Ledouble (de Tours).

Hôpitaux

Rouen. — M. le docteur Jeanne est nommé, après concours, chirurgien adjoint des hôpitaux.

Distinctions honorifiques

Ont obtenu :

Une médaille d'argent. — M. le docteur Vendrand, médecin à la maison de retraite de Villers-Cotterets.

Une mention honorable. — M. Cugulière, étudiant en médecine, à Toulouse.

M. le docteur Lelong (de Chartres) a été nommé officier d'Académie.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Contesse, de Lons-le-Saulnier (Jura); Astié, de Paris; Jousseaume-Latour, de Château-Thierry (Aisne); Gairaud, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; Dartigue, de Simorre (Gers); Méric, de St-Sulpice-de-Lezat (Haute-Garonne); Richaud, de Marseille (Bouches-du-Rhône); Andrieu d'Albas, de Paris; Bonnichon-Paulier, de Paris; Pereton, de Mayotte; Baudéan, de Bordeaux (Gironde).

MM. Sœnger, professeur d'obstétrique, à Groningue; Love, professeur de physiologie, à Philadelphie; Parvin, professeur d'obstétrique, à Philadelphie.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

9e semaine du 27 février au 5 mars 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	2
3 mois à un an	9	7
1 an à 2 ans	6	9
2 à 5 ans	2	»
5 à 10 ans	3	1
10 à 20 ans	»	2
20 à 40 ans	7	8
40 à 60 ans	8	5
60 à 80 ans	11	15
80 ans et au-dessus	»	5
Total	54	54

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	9	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	4	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	7	14	10
Moulins, 24,947 hab.	»	5	»	»	»	»	»	»	2	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	9	18	17
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	3	2	3	»	»	6	»	»	1	»	»	3	19	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6	14
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	9	1	»	»	»	1	»	»	»	2	»	4	19	12
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	4	8
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	4	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	11	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	6
Total	»	6	»	»	»	1	»	4	28	6	6	»	»	14	1	»	1	2	»	39	108	126

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25.

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 62. Deuxième Année, N° 12. Le Numéro : **10** centimes. 20 Mars 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Kystes hydatiques du du foie, par MM. **A. Gilbert** et **H. Surmont.** — Tuberculose polyviscérale (pulmonaire, surrénale, testiculaire, par le docteur **P. Raymond.** — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M. DAREMBERG pense que le vésicatoire peut rendre de bons services chez les tuberculeux résistants, dont la température ne dépasse pas 38° et que l'application de quelques mouches de Milan est un bon moyen à opposer à la congestion pulmonaire.

*** M. GUÉPIN différencie nettement l'hypertrophie de la prostate de la prostatomégalie. La prostate hypertrophiée est volumineuse ; mais beaucoup de grosses prostates ne sont pas hypertrophiées ; ainsi la prostatomégalie accompagne l'œdème et la congestion, elle se rencontre dans l'hypersécrétion avec stagnation glandulaire, les prostatites chroniques et les néoplasmes.

A la **Société de Biologie**, M. BOIX signale quelques observations relatives à la cirrhose hypertrophique biliaire avec ictère chronique. Dans cette maladie, la rate reste toujours également grosse. Cette splénomégalie précède les premiers symptômes de l'affection; la cirrhose de HANOT affecte parfois une allure familiale. L'agent pathogène doit avoir une origine hydrique et sa spécificité paraît de moins en moins douteuse.

*** M. ROGER a reconnu que le staphylocoque, injecté par une carotide, trouve dans le cerveau un excellent milieu de culture alors qu'il est détruit par le foie. En revanche, ce dernier organe est facilement attaqué par le coli bacille. L'oïdium albicans, arrêté par le foie et le rein, détermine de vastes foyers de ramollissement cérébral. L'arrêt des agents pathogènes dans les réseaux capillaires est, en grande partie, un phénomène d'adhérence moléculaire ; mais cela ne suffit pas à expliquer pourquoi le foie par exemple, qui détruit le bacille charbonneux, favorise le coli.

*** MM BEZANÇON et GRIFFON emploient le sérum de lapin jeune comme véritable milieu de diagnostic du pneumocoque Comme milieu de conservation, ils préconisent le sang de divers animaux.

A la **Société d'obstétrique**, M BUDIN présente une femme guérie d'une rupture de l'utérus survenue au cours du travail. L'intérêt de l'observation réside dans l'absence de signes prémonitoires de la rupture, dans l'évolution torpide de l'accident qui n'amena ni douleur, ni hémorragie ; il s'agissait très probablement d'une déchirure sans péritonite intra-ligamentaire.

A la **Société médicale des Hôpitaux,** MM. BALLET et MARINESCO étudient les lésions du noyau de l'hypoglosse consécutives à l'arrachement du nerf. Au bout de trente jours la partie inférieure du noyau n'est plus constituée que par quelques cellules atrophiées définitivement ; l'atrophie diminue au fur et à mesure qu'on remonte vers les parties supérieures. C'est un contraste

frappant avec ce qu'on observe dans les sections du nerf. Dans ce dernier cas, la régénération du nerf est possible et les cellules d'origine s'hypertrophient ; ici, l'arrachement rend la régénération impossible ; et les cellules du noyau, devenues inutiles, s'atrophient.

*** M. VINCENT décrit une forme particulière d'angine diphtéroïde, déterminée par un bacille spécial pouvant présenter quelque ressemblance avec celui de la diphtérie Cette angine est caractérisée par un exsudat pseudo-membraneux grisâtre ou blanchâtre, s'accompagne de fièvre et parfois d'adénite ; elle est assez fréquente. Le diagnostic se fait surtout par le microscope : on rencontre un bacille fusiforme de 10 à 12 μ, renflé à sa partie moyenne. Au début, ce micro-organisme se montre très abondant. Il ne prend pas le Gram : il en est de même d'un spirille qui lui est souvent associé. Les essais de culture et d'inoculation n'ont pas abouti L'affection a toujours guéri sans complications.

*** MM. LEGENDRE et TERRIEN rapportent une observation dans laquelle se succédèrent une paraplégie spasmodique douloureuse, des amyotrophies, une rétention d'urine, une paralysie faciale, de l'aphonie Il s'agissait de sarcomes disséminés du squelette à prédominance vertébro-crânienne, ayant engendré des symptômes d'ordre surtout nerveux.

*** MM. ACHARD et LÉVI ont fait l'autopsie d'un tabétique chez qui les réflexes rotuliens étaient conservés. La moelle présentait une sclérose des cordons postérieurs, plus marquée aux régions sacrée et cervicale Au niveau de l'union des régions lombaire et dorsale on notait la conservation de la zone appelée par WESTPHAL zone d'entrée des racines postérieures. Ce fait vient s'ajouter à ceux publiés par LEHMANN, MINOR, etc., dans lesquels l'intégrité de cette zone a paru expliquer la persistance du réflexe patellaire. Il est beaucoup plus difficile d'expliquer anatomiquement la réapparition de ce réflexe, au cours du tabes, à la suite d'une lésion cérébrale intercurrente (GOLDFLAM, DEBOVE, BUZZARD, RAICHLINE) ou de l'atrophie du nerf optique (INGELRANS).

A la **Société de chirurgie**, M. TUFFIER rapporte trois faits d'ablation de la région du pylore et de la région stomacale avoisinante pour cancer. L'auteur fait l'hémostase première du grand épiploon et sectionne aussi loin que possible du siège des lésions. Pour réunir le duodénum à la portion restante de l'estomac, il existe trois procédés : anastomose termino-terminale, anastomose termino-latérale et anastomose latérale. Il faut être éclectique. La première méthode oblige à tirer sur le cardia et à rétrécir l'orifice stomacal, ce qui nécessite des sutures délicates. La seconde méthode est simple et facile, mais peu applicable aux larges résections : enfin la troisième, qui consiste à aveugler les deux extrémités sectionnées et à anastomoser le jéjunum au reste de l'estomac, est le procédé de choix dans les résections étendues. M. QUÉNU ne croit pas cette chirurgie appelée à un grand avenir pour la cure du cancer ; les ganglions sont toujours pris et la récidive fatale. M. RICARD dit que les difficultés sont grandes quand le cancer a envahi la petite courbure. On fait comme on peut ; l'important, c'est d'avoir des sutures immédiatement étanches. M. POIRIER se demande si la gastrectomie est utile : il croit qu'il vaut mieux se contenter de la gastro-entérostomie. M. HARTMANN s'élève contre cette manière de voir ; on ne compte plus les succès et les survies très longues sans récidive Le plus souvent, les ganglions ne sont pas cancéreux. MM. POIRIER et QUÉNU déclarent exactement le contraire. De la discussion, il ressort que les cas de cancer bien limités au pylore doivent être enlevés par la gastrectomie partielle.

A la **Société de Dermatologie,** MM. HALLOPEAU et LAFFITTE montrent une femme qui présente dans toute la partie médiane de la face une rougeur vive avec tuméfaction. On a cru successivement à l'acné hypertrophique, au lupus érythémateux, au farcin et à un sarcome. C'est de la lymphadénie cutanée ; elle s'accompagne de prurit, d'adénopathies et d'éruptions lichénoïdes ; enfin, on a constaté l'hyperleucocytose. Il n'existe aucun fait semblable actuellement décrit.

*** M. BALZER présente un sujet porteur, le long du trajet du petit sciatique, d'une éruption en bande étroite d'un centimètre, formée par la réunion de plusieurs plaques : c'est une éruption lichénoïde

*** M. HERMET a obtenu la cicatrisation d'un épithélioma ulcéré de la face par la méthode de CZERNY. Ce traitement est basé sur la fixation par l'air de l'acide arsénieux.

*** M. LEREDDE montre une jeune femme qui porte sur le front deux plaques de lupus érythémato-tuberculeux ; elle est atteinte en outre de phtisie pulmonaire, ce qui vient à l'appui de la théorie de BESNIER sur l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux.

*** MM. GASTOU et ANGHELOVICI prétendent que le calomel en injections intra-musculaires fessières a une action curative sur les ulcères phlébitiques variqueux ou trophiques en dehors de la syphilis et de la tuberculose.

⁂ M. JULLIEN a fait des essais d'hémothérapie et de sérothérapie dans la syphilis. Il insiste sur l'innocuité du procédé et son apparente efficacité une fois sur deux.

⁂ M. BAUDOUIN présente une jeune fille de 18 ans, hérédo-syphilitique, de par les caractères suivants: nécrose du squelette nasal avec ozène, proéminence de la région frontale ; altérations dentaires, cicatrices péribuccales, névrite optique ancienne, etc. Sur neuf grossesses, sa mère a eu trois avortements, deux enfants mort-nés et trois enfants morts en bas-âge. Depuis sa naissance, c'est à-dire depuis 18 ans, cette jeune fille a une incontinence d'urine, stigmate de dégénérescence, qu'il faut peut-être rattacher à la syphilis héréditaire.

⁂ MM. GASTOU et EMERY montrent un garçon de 16 ans, d'aspect infantile, avec cyanose des extrémités et pouls très petit. Sa mère est morte tuberculeuse, un de ses frères a des adénites cervicales Il s'agit probablement de dystrophie par hérédité tuberculeuse.

A la **Société anatomique,** MM. ISELIN et ESTRABAUT présentent l'observation d'un cas de rupture d'un anévrysme de l'artère iliaque externe dans l'abdomen, ayant produit une occlusion intestinale par compression.

⁂ MM. MAUCLAIRE et MARTIN présentent un cancer du rectum, caractérisé cliniquement par des hémorragies et des pertes glaireuses. La tumeur, très végétante et ulcérée, était remarquable par sa limitation à la paroi postérieure du rectum, son peu d'étendue et sa mobilité. C'est un épithélioma avec dégénérescence colloïde.

⁂ M. ŒLSNITZ a fait l'autopsie d'une malade à laquelle M. FAURE pratiqua en août la néphropexie. Des adhérences solides unissent le rein à la douzième côte ; des tractions opérées sur le rein déchirent l'organe mais ne rompent pas le tissu fibreux d'union.

TRAVAUX ORIGINAUX

Kystes hydatiques du foie (1),

PAR MM.

A. Gilbert, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais.

ET

H. Surmont, Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Historique. — Les kystes hydatiques du foie sont connus à titre de lésion anatomique depuis les temps les plus anciens (HIPPOCRATE, GALIEN, ARÉTÉE), mais la nature parasitaire de ces productions n'a été mise hors de doute qu'en 1760, dans un travail où PALLAS indiquait les caractères génériques de l'échinocoque et ses affinités avec les Tænias auxquels il les assimilait. Les naturalistes qui suivirent, GOEZE, RUDOLPHI, BREMSER montrèrent que l'échinocoque n'est qu'une phase du développement d'un tænia spécial, et petit à petit la description morphologique du parasite et l'histoire des différentes étapes de son développement furent fixées d'une façon complète par les helminthologistes de ce siècle, en particulier VON SIEBOLD, LEUCKART, VAN BENEDEN, DAVAINE, KUCHENMEISTER, MONIEZ. Il reste malheureusement à l'heure actuelle un certain nombre de points obscurs dans la biologie du parasite chez l'homme. Depuis vingt ans les travaux médicaux ont eu surtout pour but d'élucider certains points de la pathogénie de l'affection (intoxication hydatique, processus de suppuration) et d'arriver à une thérapeutique satisfaisante.

Définition. — Les kystes hydatiques sont dus au développement chez l'homme de la larve du *Tænia echinococcus*, dont les individus adultes se trouvent d'ordinaire en grand nombre dans l'intestin grêle du chacal, du loup, et surtout du chien, presque toujours son importateur chez l'homme.

Étiologie et anatomie pathologique. — Le *Tænia echinococcus* est un des plus petits cestodes connus ; sa longueur n'excède pas 2 millimètres et demi à 5 millimètres, sur une largeur d'un demi-millimètre pour le dernier anneau, d'un quart de millimètre environ pour la tête. Celle-ci est pourvue de 4 ventouses et d'un rostre saillant sur lequel s'insèrent en double couronne de 28 à 50 crochets, légèrement variables de grandeur et de forme. Les anneaux sont au nombre de 3 ou plus généralement de 4 ; le dernier, aussi long à lui seul que le reste du corps de l'helminthe, contient un utérus ramifié rempli d'œufs. Quand il est mûr, il se détache et la destruction de sa paroi dans l'intestin ou dans les milieux extérieurs achève de mettre en liberté les œufs qui y sont encore contenus. Aussi, à chaque déjection, un chien infecté expulse-t-il des anneaux mûrs et des embryons. Ceux-ci ne peuvent passer à l'état larvaire que chez des hôtes intermédiaires, qui les prennent dans l'eau, sur le sol ou sur l'herbe. Ces hôtes sont d'ordinaire, en Europe, le bœuf, le mouton, le porc, plus rarement le cheval, l'âne, voire le lapin. C'est par un hasard d'alimentation plus exceptionnel que l'embryon arrive à des carnas-

(1) Extrait du Tome V (sous presse) du *Traité de médecine et de thérapeutique* de MM. BROUARDEL et GILBERT, en cours de publication chez J.-B. Baillière (Paris).

siers, chat, ours, panthère, chien, ou à l'homme lui-même (légumes, herbacés, salades, eau contaminée). Ce dernier s'infeste le plus généralement par contact direct avec le chien. Cet animal, en se nettoyant, transporte sur sa langue les œufs et les embryons restés attachés aux poils du pourtour de l'anus, et peut ensuite infester son maître, soit en le léchant, soit en léchant les ustensiles de cuisine, les assiettes, etc. Aussi si le kyste hydatique s'observe sur tous les points du globe (1), étant donnée l'ubiquité du chien, son hôte à l'état adulte, et du mouton, son hôte à l'état larvaire, le voit-on avec une fréquence plus particulière dans les pays où les mœurs des habitants font du chien un commensal plus intime de l'homme. En Europe, le kyste hydatique passe pour être le plus rare chez l'homme en Danemark et en Norwège, le plus fréquent en Islande où, selon les districts, il atteindrait 1 habitant sur 43 (FINSEN), 1 sur 10 même (HJATELIN). Cette fréquence serait bien plus grande encore, si par suite du peu de résistance de sa coque, l'œuf n'était probablement assez vite détruit dans les milieux extérieurs. Le Tænia echinococcus, en effet, en Islande, existerait chez 28 p. 100 des chiens (KRABBE). En France, on l'a trouvé chez ces animaux dans la proportion de 3 p. 100 à Rouen, de 7,1 p. 100 à Lyon, de 10 p. 100 à Lille (MONIEZ).

L'œuf du Tænia echinococcus mesure de 30 à 36 μ. Sa coque, assez peu résistante, nous l'avons vu, est dissoute par le suc gastrique, et quatre à cinq heures suffisent (expérience de LEUCKART chez le lapin) à mettre en liberté l'embryon hexacanthe qu'il contient. De la région pylorique où il se trouve alors, l'embryon passe au travers de la paroi intestinale dans les radicules portes (2), d'où le courant sanguin l'entraîne dans le foie où il s'arrête le plus souvent. Les kystes hydatiques de cet organe représentent en effet la moitié de tous les kystes hydatiques observés chez l'homme. Plus rarement, l'embryon peut tomber dans une radicule lymphatique, et être entraîné par cette voie dans le mésentère, ou plus loin dans le canal thoracique et le système cave supérieur. Il peut enfin cheminer directement au travers des tissus, et aborder ainsi les organes voisins de la région pylorique (3). Il est généralement admis que l'embryon du Tænia echinococcus ne peut remonter par la voie biliaire ; les observations publiées jusqu'ici de ce mode d'exode du parasite hors du tube digestif (CADET DE GASSICOURT, HALIPRÉ) ne sont pas concluantes.

Une fois arrêté dans sa migration, l'embryon hexacanthe grossit peu à peu. Au bout d'un mois, il est passé de 35 μ à 350 μ de diamètre ; au bout de deux mois, il atteint 700 μ, et présente une cavité centrale bien nette. Dès ce moment il est entouré d'une enveloppe conjonctive, l'*ectocyste*, réaction de défense formée par les tissus de son hôte. A cinq mois, l'hydatide a un diamètre moyen de 15 à 20 millimètres et commence à présenter à son intérieur des têtes de tænias (1). Elle a dès lors la structure qu'elle gardera jusqu'à la fin, son volume seul continuant à varier. Dans le foie de l'homme, ses dimensions sont parfois celles d'une tête d'enfant (2), mais souvent elles restent beaucoup moindres.

L'*embryon hexacanthe*, composé primitivement d'une morula de cellules identiques les unes aux autres, se creuse, en se multipliant, d'une cavité centrale entourée d'une coque qui comprend bientôt deux couches, l'une interne, dite *membrane germinale, couche proligère*, formant un revêtement cellulaire continu, l'autre externe, constituée par cuticularisation successive de ses cellules.

Celle-ci, la *membrane* proprement dite, est d'aspect blanchâtre ; elle va s'épaississant sans cesse, et se divise en couches stratifiées dont les lamelles minces, transparentes, se clivent facilement, et une fois détachées se recroquevillent, grâce à leur élasticité. Elles ont ainsi un aspect spécial qui les fait facilement reconnaître à l'examen microscopique. Trouvées dans les cas à diagnose incertaine, dans un liquide de ponction par exemple, elles ont une signification vraiment pathognomonique.

La *couche proligère* est formée de cellules à multipli-

(1) Il n'a pourtant pas été signalé dans la zone torride, d'après PLANTÉ (*Congrès de médecine interne, Bordeaux*, 1895, p. 190).

(2) LEUCKART a observé un embryon vivant dans le tronc de la veine porte.

(3) Des recherches récentes de LÉTIENNE viennent confirmer la notion du cheminement direct, déjà vu par des observateurs éminents tels que KUCHENMEISTER, LEUCKART, VAN BENEDEN, DAVAINE. — A. LÉTIENNE, Hydatides hépatiques. Sur la migration de l'embryon hexacanthe dans les organes, etc. (*Médecine moderne*, 24 mars 1894, p. 369).

(1) Pour MONIEZ, qui fait autorité en la matière, la production du kyste hydatique correspond à un phénomène de condensation embryogénique, par lequel l'embryon hexacanthe en se développant donne naissance, non à une larve, comme le veut la conception classique, mais à un animal parfait ; au point de vue morphologique le kyste a donc la valeur d'un anneau de tænia, mais au lieu de se reproduire par voie sexuée, il engendre par voie asexuée une quantité d'embryons (chaque tête correspond à un jeune individu) qui se développeront ensuite en Tænias echinococcus adulte, si un hasard d'alimentation les introduit dans le tube digestif du chien. On comprend aisément de cette façon pourquoi les têtes d'échinocoques se développent à l'intérieur du kyste, comme les œufs du tænia à l'intérieur de l'anneau.

(2) M. MICHAUX a présenté au Congrès de chirurgie (1891), l'observation d'une malade porteur d'un kyste unique contenant près de 15 litres de vésicules et guéri par la laparotomie.

cation très active, d'aspect conjonctif, de même nature que les cellules habituelles des Tænias. On la voit se soulever par places en mamelons (*vésicules proligères*) qui, en se développant, donnent naissance à de petites formations kystiques, dont la cavité se peuple de têtes de tænias insérées sur la paroi par un pédicule plus ou moins rétréci. La vésicule proligère est elle-même rattachée à la membrane germinative par un pédicule effilé : dépourvue de couche cuticulaire elle se rompt facilement, et les têtes de tænias, mises en liberté, vont former au fond du kyste un amas de poussière blanchâtre où le microscope les caractérise facilement. Chacune de ces têtes, placée dans des conditions favorables, c'est-à-dire parvenue dans l'intestin du chien, est susceptible de donner naissance à un tænia adulte.

En dehors des vésicules proligères, on observe dans l'intérieur du kyste des *vésicules filles endogènes* dont la genèse est différente. Elles naissent, non de la membrane germinale, mais dans l'épaisseur même de la cuticule, probablement de cellules englobées entre les lames cuticulaires lors de leur différenciation. Ces vésicules sont donc entourées d'une membrane comme le kyste lui-même; comme lui, elles sont susceptibles de donner naissance à des vésicules proligères, ou à des vésicules de structure identique à la leur et connues sous le nom de *vésicules petites-filles*. Lorsque les vésicules filles, au lieu de rompre la cuticule vers sa paroi interne, se dirigent vers l'extérieur, elles prennent le nom de *vésicules exogènes*. Ces formations sont plus fréquentes chez les animaux domestiques que chez l'homme (1). Le kyste et les vésicules secondaires tant endogènes qu'exogènes, restent parfois stériles ou *acéphalocystes*, c'est-à-dire ne formant pas de têtes. Le nombre des vésicules secondaires contenues dans une vésicule mère peut varier de quelques-unes à une centaine et même plus dans des cas exceptionnels.

Le *liquide* contenu dans l'intérieur du kyste apparaît dès la fin du premier mois, et augmente sans cesse ; on peut en trouver 4 litres, 5 litres, davantage même dans les kystes les plus gros. D'ordinaire limpide comme de l'eau de roche, il est parfois opalescent, semblable à de l'eau anisée. Neutre ou légèrement alcalin, il a une densité faible, de 1007 à 1016. Parmi les substances minérales qu'on y trouve, il faut citer le phosphate et le sulfate de soude, mais surtout le *chlorure de sodium* dont la quantité oscille en moyenne entre 4 et 8 grammes par litre. Parmi les substances

(1) On le rencontre cependant dans l'épiploon et les os.

organiques, on note en première ligne l'*acide succinique* et les succinates de chaux et de soude qui sont constants ; puis l'acide urique, la xanthine, la leucine, la tyrosine, la cholestérine, le glucose, l'inosite, l'oxalate de chaux, la plupart de ces produits en proportions infinitésimales. L'*albumine* ordinaire ou *sérine* manque, sauf dans les cas où l'hydatide est morte ; le liquide n'est donc coagulable, ni par la chaleur ni par les acides (1). Il est quelquefois coloré, soit par de l'hématoïdine, soit par de la bile.

L'examen microscopique des liquides hydatiques permet d'y reconnaître soit des débris de membranes, soit des crochets, soit des têtes de Tænias d'aspect caractéristique.

MM. Mourson et Sclagdenhaufen (2) ont trouvé dans du liquide hydatique retiré du mouton une substance présentant les caractères généraux des ptomaïnes. MM. Boinet et Chazoulière (3) ont également extrait du contenu d'un kyste une ptomaïne très active (4) ; enfin M. Viron (5) a isolé des liquides hydatiques de moutons une matière albuminoïde très toxique qu'il considère comme une toxalbumine (6).

Le kyste en se développant s'entoure d'une couche de tissu conjonctif d'épaisseur variable selon les cas, l'*ectocyste* ou *membrane périkystique*, née aux dépens des tissus de l'organe, formée de fibres denses, parcourue par des vaisseaux sanguins et biliaires parfois assez volumineux, reliée à la membrane hydatique par quelques tractus lâches, solidement encastrée au contraire dans le tissu du foie par des prolongements fibreux qui forment des bandes scléreuses parfois étendues assez loin.

(1) La présence d'albumine a été notée d'une façon exceptionnelle par Naunyn, Mourson et Schlagdenhaufen

(2) Mourson et Schlagdenhaufen, cités par Achard, De l'intoxication hydatique (*Archiv. gén. med.*, oct. et nov. 1888).

(3) Ed. Boinet et Chazoulière, Ptomaïne dans le kyste hydatique du foie (Analyse in *Bull. méd.*, 1893, p. 234. — *Mars. médic.* 25 déc. 1892, p. 803).

(4) Le professeur Boinet a présenté à la Société de biologie (séance du 24 juillet 1897) un cas de kyste hydatique traité par les ponctions simples et l'électropuncture positive. Sous l'influence de ce traitement les hydatides avaient subi des modifications aseptiques et régressives, donnant lieu à la production d'une ptomaïne, cristallisant en forme de feuille de fougère, analogue à la mitylotoxine. Son étude physiologique a prouvé qu'elle agit surtout comme un poison diastolique du cœur : elle détermine chez les animaux les symptômes que l'on observe dans le collapsus provoqué chez l'homme par l'intoxication hydatique.

(5) L. Viron, Sur un albuminoïde toxique contenu dans certains liquides (*Archiv. de méd. expérim.*, janv. 1892, p. 136).

(6) L'incertitude qui, au point de vue chimique pur, plane encore à l'heure actuelle sur ces produits, dont quelques-uns, aussi bien ptomaïnes que toxalbumines, naissent peut-être artificiellement au milieu des manipulations multiples auxquelles sont soumis les composés organiques, fait que, dans les recherches de ce genre, il vaut mieux avoir recours à l'expérimentation physiologique qu'à l'analyse chimique.

Le foie atteint de kyste hydatique est toujours hypertrophié ; lors même que le kyste a été enlevé ou son contenu vidé, le poids de la glande reste augmenté, et il n'est pas rare dans ces conditions de lui voir atteindre ou dépasser 2500 grammes. Cette hypertrophie est quelquefois localisée à un seul lobe, le gauche, par exemple, quand le kyste est situé dans le lobe droit: elle a la valeur d'une compensation anatomique; c'est, au point de vue physiologique, une hypertrophie de suppléance. En ce qui concerne les kystes hydatiques, cette notion a été affirmée par MAX DURIG à la suite de mensurations portant sur 17 cas ; mais c'est PONFICK qui, au point de vue histologique, a donné la démonstration d'un processus de régénération. Dans ces derniers temps, HANOT, CHAUFFARD, KAHN, ont donné à cette notion toute l'importance qu'elle doit avoir dans l'histoire de la maladie (1). Au point de vue microscopique, les lésions sont caractérisées dans les foyers de régénération par une hypertrophie des cellules hépatiques dont un certain nombre contiennent deux, quelquefois trois noyaux, et par une altération de la disposition radiée des trabécules qui deviennent plus irrégulières, sinueuses, et qui tendent en certains points à prendre la disposition de l'hyperplasie nodulaire. Cet état contraste avec l'aspect du parenchyme dans le voisinage immédiat du kyste où les trabécules refoulées s'aplatissent au contraire, s'atrophient et tendent à disparaître.

Lorsque le kyste suit son évolution normale, il peut atteindre un développement énorme ; s'il meurt son liquide se résorbe peu à peu (MM. CHAUFFARD et WIDAL (2) ont montré en effet que la membrane hydatique est facilement perméable aux liquides), et bientôt il ne reste à l'intérieur de la poche qu'une sorte de magma caséeux, jaunâtre le plus souvent, formé de cellules tombées en deliquium, de granulations graisseuses, de cristaux de bilirubine et d'hématoïdine, de membranes hydatiques flétries et de crochets. A un stade moins avancé, le contenu du kyste est louche, plus ou moins fortement albumineux, ce qui s'expliquerait par ce fait, que la sérine dialysée à travers la membrane hydatique ne serait plus utilisée pour la nutrition du parasite. Cet état correspond à la *nécrose aseptique spontanée* de MM. CHAUFFARD et WIDAL. Après la mort du parasite, on voit parfois la paroi du kyste se transformer en une cicatrice fibreuse très épaisse, dont le contenu seul révèle la nature ; d'autres fois, c'est une infiltration calcaire considérable que subit cette paroi: on peut enfin observer dans le kyste une dégénérescence gélatiniforme, ou encore la rupture, la suppuration, phénomènes qui seront étudiés plus loin.

Les kystes du foie sont le plus souvent uniques ; on en trouve parfois de 2 à 5 ou 6 ; on peut trouver en même temps aussi des kystes d'autres organes, particulièrement du poumon. Leur volume est variable ; ce n'est que lorsqu'il est assez considérable qu'il permet un diagnostic. Les kystes situés dans la profondeur du parenchyme sont généralement de dimensions moyennes, ceux de la périphérie semblent devenir plus volumineux ; ils sont naturellement d'une reconnaissance plus aisée et déforment davantage l'organe.

Les kystes hydatiques du foie se rencontrent à tout âge, mais avant tout à l'âge adulte. Chez l'enfant, ils s'observent à partir de quatre ans et surtout à partir de huit ans. Leur rareté dans le premier âge s'explique par la lenteur de leur développement qui exige plusieurs années, en partie aussi par la moindre consommation de légumes herbacés crus à cet âge. Les kystes hydatiques ont été relevés chez le vieillard. Les traumatismes de la région hépatique sont signalés dans un certain nombre d'observations comme paraissant avoir eu une influence sur le développement de la tumeur. Il est probable que, dans ces cas, leur action s'est bornée à accélérer le développement d'un kyste jusque-là latent.

Symptomatologie. — L'anatomie pathologique nous a montré qu'un kyste hydatique peut atteindre des dimensions considérables sans amener de lésions bien importantes du parenchyme ; ces lésions elles-mêmes, exclusivement limitées au voisinage immédiat de la tumeur, sont largement compensées par l'intensité du processus de régénération qui se manifeste dans le reste du foie, de sorte qu'en fin de compte, le coefficient protoplasmique de la glande (HANOT) est normal ou même supérieur à la normale. Aussi dans la maladie les troubles morbides sont-ils presque exclusivement d'ordre mécanique, et par suite les signes physiques sont-ils de beaucoup les plus importants. Les phénomènes d'ordre toxique qui pourraient être dus, soit au parasite lui-même, soit aux troubles

(1) KAHN a trouvé dans les *Bull. de la Soc. anat.* quelques observations (JOSIAS, REBOUL et VAQUEZ, POULALION, Paul TISSIER) antérieures au travail de M. DURIG et où la possibilité du rôle vicariant de cette hypertrophie semble avoir été entrevue. (KAHN, Étude sur la régénération du foie dans les états pathologiques. *Th. de Paris*, 1897).

(2) CHAUFFARD et WIDAL, Recherches expérimentales sur les processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, 17 avril 1891).

de la cellule hépatique lésée, n'ont qu'une importance absolument relative; il convient de bien se pénétrer de cette idée avant d'aborder l'étude de la symptomatologie des kystes hydatiques du foie; on pourrait même ajouter que lorsque le tableau symptomatologique est plus chargé, c'est que le kyste n'est plus simple, mais compliqué, suppuré par exemple.

L'histoire clinique habituelle des kystes hydatiques comporte au début une période silencieuse d'une durée variable. On a cependant signalé un certain nombre de troubles fonctionnels qui sont susceptibles d'être regardés comme indicateurs de l'échinococcose. Ce sont des désordres digestifs, inappétence, nausées, vomissements, diarrhée survenant pendant ou après le repas (Bouilly); un peu de gêne pénible dans la région hépatique quelquefois avec irradiation dans l'épaule droite, des épistaxis, quelques autres hémorrhagies. Aucun de ces symptômes n'a véritablement, ni une intensité assez marquée, ni une constance assez grande, ni une physionomie assez spéciale pour avoir une valeur diagnostique. Un peu plus significative est déjà la dyspnée avec pleurite sèche ou exsudative de la base droite, quand elle existe, mais les deux seuls phénomènes qui peuvent à cette période avoir une réelle valeur révélatrice, sont, d'une part, l'inappétence pour la graisse (Dieulafoy), inappétence qui va jusqu'au dégoût, et se traduit même parfois par des régurgitations électives ramenant dans la bouche la graisse ingérée, et d'autre part, l'apparition de poussées récidivantes d'urticaire. Encore convient-il d'ajouter que ces phénomènes peuvent tous deux s'observer dans d'autres affections du foie.

L'histoire clinique des kystes hydatiques ne commence véritablement, à l'ordinaire, qu'avec l'apparition de la tuméfaction du foie, symptôme capital qui vient donner une signification aux troubles cités précédemment, quand ils existent. Dès ce moment, on doit distinguer plusieurs catégories de faits :

1° Dans les cas les plus rares, le kyste, développé en plein parenchyme, produit une tuméfaction diffuse, sinon de tout l'organe, au moins d'un des lobes, le droit le plus souvent, qui garde sa forme et ses contours habituels. Le diagnostic, à ce moment, se pose avec toutes les autres hypertrophies hépatiques; il est toujours difficile et ne peut guère se faire que par exclusion. Toutefois la ponction exploratrice, quand elle est positive, permet de l'affirmer.

2° Dans les cas habituels, au contraire, l'hydatide, née plus près de la surface de l'organe, arrive plus ou moins vite à en dépasser les limites, et dès lors une tumeur localisée vient se surajouter au foie. Ses caractères généraux sont d'être lisse, arrondie, à consistance uniformément élastique, rénitente, non pas fluctuante comme on pourrait le croire, mais presque toujours ferme (Trélat, Potherat); on pourrait pourtant percevoir de la fluctuation quand elle est très superficielle. A la percussion, la tumeur est mate, peu ou point douloureuse ; on y trouve parfois le *frémissement hydatique*, signalé pour la première fois par Blatin (1), et considéré comme pathognomonique par la plupart des auteurs (2). Pour percevoir ce signe, il faut placer l'index, le médius et l'annulaire de la main gauche sur la tumeur, les écarter l'un de l'autre et perculer le médius d'un coup sec et rapide. La sensation éprouvée est analogue à celle que donne dans les mêmes conditions la percussion d'une masse de gélatine tremblotante, ou mieux encore d'un fauteuil à ressorts bien tendus; on peut s'en faire une idée exacte en faisant rouler librement dans la main quelques vésicules filles détachées.

C'est naturellement dans les cas où la poche hydatique se développe en avant vers la paroi abdominale que les signes précédents s'observent avec leur maximum de netteté. Cette localisation se trouve heureusement être la plus fréquente. Quand le kyste est bien développé, il vient faire saillie soit à l'épigastre, soit dans la région de l'hypochondre droit, déjetant en dehors les fausses côtes; plus rarement (kystes de l'extrémité du lobe gauche), c'est la région de l'hypochondre gauche qui est déformée. Un fait important à noter, c'est que le foie ainsi hypertrophié *n'est pas abaissé*. A noter aussi qu'on ne trouve ni hypertrophie de la rate, ni ictère, ni ascite, ni circulation complémentaire. Un état général satisfaisant accompagne ces déformations locales considérables, jusqu'à ce que les

(1) Blatin, *Bull. et mém. de la Soc. méd. d'émulation*, 1802.

(2) Le frémissement hydatique a pu être retrouvé par exception dans des kystes d'autre nature (Potain), kystes de l'ovaire, kystes du ligament large (Segond), ascite même (Eichhorst). Ce fait s'explique par la pathogénie du frémissement hydatique, qui n'est pas dû à la collision entre elles des différentes vésicules filles, selon la théorie de Briançon. (Briançon, Étude sur le diagnostic et le traitement des acéphalocystes, Th. Paris, 1828), puisqu'il a pu être observé dans des poches acéphalocystes (fait déjà signalé par Jobert), mais produit par l'extrême élasticité de la paroi qui vibre pour ainsi dire sous la percussion, ainsi que Davaine l'a démontré expérimentalement dès 1861. (Davaine, Recherches sur le frémissement hydatique *Bull. Soc. biol.*, 1861). Il faut faire intervenir aussi la fluidité du liquide et sa tension moyenne. La réunion de ces trois facteurs semble nécessaire à la production du phénomène. C'est par suite de la diminution de tension qu'elle provoque que la ponction exploratrice amène parfois l'apparition du frémissement inutilement cherché jusque-là.

progrès de la tumeur amènent de la dyspnée d'origine mécanique, ou qu'une inflammation périkystique rende la région douloureuse, et ne provoque la fièvre, signe précurseur de la suppuration kystique.

D'autres fois, le kyste, né à la face intérieure de l'organe, se développe dans la cavité abdominale. S'il est situé près du bord inférieur du foie, il apparaît à la palpation et à la percussion nettement en continuité avec lui ; s'il est situé plus en arrière, une bande intestinale sonore, surtout côlique, s'interpose parfois entre la matité hépatique et la matité kystique, et dissimule, si on n'y prend garde, l'origine hépatique de la tumeur ; il faut dans ce cas rechercher avec soin si la tumeur suit les mouvements du diaphragme, ce qui prouverait naturellemennt qu'elle est en continuité avec le foie. Dans cette variété, existent parfois des signes de compression de la veine porte ou des voies biliaires au niveau du hile, qui ont une grande importance diagnostique, et peuvent même avoir une influence pathogénique particulièrement intéressante, comme dans l'observation de M. FERRAND (1), où un kyste de cette région avait déterminé la production d'une cirrhose biliaire par obstruction, derrière laquelle se dissimulait la maladie primitive.

Les kystes ainsi développés dans l'abdomen doivent être différenciés soit d'affections du foie, soit d'affections d'autres organes, par exemple des tumeurs du rein, de l'hydronéphrose, des tumeurs ganglionnaires abdominales. Un examen soigné du malade s'impose dans tous les cas ; il permettra le plus souvent un diagnostic exact, à moins que l'on ne tombe sur une localisation tout à fait exceptionnelle.

3° Dans un troisième ordre de faits, c'est vers la cavité thoracique que le kyste se développe, et c'est des affections pleuropulmonaires qu'il doit être différencié, surtout de la pleurésie droite avec épanchement, diagnostic d'autant plus difficile que le kyste est plus considérable (on l'a vu arriver à la deuxième côte), et que parfois un épanchement pleural vient ajouter ses signes à ceux que fournit la tumeur. Cette dernière éventualité se rencontre dans les cas où, à l'aide d'un processus inflammatoire périkystique, la tumeur perfore le diaphragme, et détermine de la pleurite, puis de la pleuropneumonie plus ou moins localisée. Dans ces cas, l'inflammation du diaphragme se traduit quelquefois par du hoquet, et de la névralgie phrénique. Lorsque le processus inflammatoire manque, on peut voir des hystes énormes remplir en partie le thorax sans avoir perforé le diaphragme et fait irrution dans la plèvre. Quelques signes cependant permettent le diagnostic quand ils existent, c'est-à-dire surtout dans les cas moyens non compliqués : la matité a pour limite supérieure, non la ligne parabolique de la pleurésie séreuse non enkystée (ligne de DAMOISEAU), mais une ligne à convexité supérieure, véritable projection du dôme de la tumeur sur les plans antérieur, latéral et postérieur de la paroi thoracique ; le foie n'est pas abaissé comme il le serait pour un épanchement pleurétique de valeur équivalente ; enfin, d'après GUÉNEAU DE MUSSY, les côtes, qui, dans la pleurésie, ont leur obliquité exagérée, seraient relevées plutôt dans le kyste, différence qui tient probablement à la situation du diaphragme, abaissé dans un cas, relevé dans l'autre. Ces signes sont d'une constatation et d'une interprétation difficile ; heureusement, l'étude des phénomènes concomitants, de l'évolution et de la marche des accidents fournira souvent des renseignements importants, et en cas de nécessité une ponction faite avec une aiguille capillaire et aseptique donnera, le plus souvent sans danger, la certitude nécessaire à l'établissement du traitement.

Quand le kyste à évolution thoracique se développe à gauche, la gêne apportée au fonctionnement du cœur peut être encore plus considérable que dans les cas de kystes du côté droit, et l'interprétation des faits plus difficile. L. GALLIARD (1) a insisté sur la valeur diagnostique dans ces cas de l'intégrité du volume, de la forme et des fonctions du lobe droit du foie. *(A suivre).*

(1) FERRAND, Observation d'un cas de kyste hydatique du foie compliqué de cirrhose hypertrophique (*Soc. méd. des hôp.*, 1894, p. 788).

Tuberculose polyviscérale : pulmonaire, surrénale, testiculaire

par le docteur **P. Raymond**,
professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.
(Leçon clinique du concours d'agrégation en médecine)

Le malade que je viens d'examiner devant vous est un homme de 39 ans, qui exerce la profession de charretier. Il est entré à l'hôpital il y a un mois, se plaignant de tousser et d'éprouver un grand affaiblissement depuis environ trois mois.

Les antécédents héréditaires de ce malade n'offrent rien de particulier : son père est mort à un âge

(1) L. GALLIARD, *Soc. méd. des hôp.*, 6 mars 1891.

avancé, d'une maladie inconnue, sa mère vit encore; il a des frères et des sœurs qui sont en bonne santé et il n'y a, notamment, aucune maladie de poitrine dans la famille. Mais si l'on interroge cet homme sur ses antécédents personnels, on voit que son passé pathologique est des plus chargés, non pas en quantité, — cet homme n'ayant fait que deux maladies —, mais en qualité, car l'une de ces maladies est une pleurésie dont nous aurons à souligner l'importance en l'espèce. Je n'ai trouvé chez lui, ni syphilis, ni impaludisme, mais ce malade est alcoolique : il boit, dit-il, comme tous les camarades. Mais l'égalité devant l'alcool n'existant pas plus qu'ailleurs, cet homme paraît avoir supporté assez bien la boisson et l'on ne trouve pas chez lui les signes extérieurs de l'intoxication alcoolique qui se rencontrent chez un grand nombre de buveurs. Il n'en a pas moins miné son organisme par une intoxication lente et nous verrons plus loin l'importance de ce fait.

Si l'on passe à l'examen de ce malade, on constate qu'il est fortement touché par la maladie. Les masses musculaires sont flasques et amaigries : cet homme insiste sur son amaigrissement et sans qu'il puisse l'évaluer en poids, il nous dit que depuis trois mois il a atteint des proportions considérables. Il insiste encore sur son affaiblissement au sujet duquel nous avons deux éléments à considérer. Il y a d'abord un affaiblissement physique : la force de cet homme, évaluée au dynamomètre, a notablement diminué, mais il se plaint aussi d'un affaiblissement moral en quelque sorte ; c'est un anéantissement. Le malade ne réagit pas ; le moindre mouvement lui répugne.

Continuons notre examen, nous sommes frappés de la teinte brune que présentent les téguments. Il y a là une véritable mélanodermie diffuse, mais non uniforme. Sur une teinte bistre de la peau, on voit des maxima de coloration noirâtre siégeant à la face, sur les flancs, aux mains. Il y a, nous dit cet homme, environ deux mois qu'il s'est aperçu qu'il brunissait, mais il faut reconnaître qu'il n'a pas attaché à ce fait grande importance, et comme cette mélanodermie tout à fait au début est peu prononcée, il faut la chercher. Elle nous doit conduire néanmoins à examiner les muqueuses et nous y relevons les constatations que voici : sur la muqueuse du gland une petite tache brun noirâtre, sur la muqueuse buccale des taches disséminées sur la face interne des joues, sur le palais et en arrière de la commissure labiale des deux côtés.

L'examen des organes génitaux externes nous permet de constater sur le testicule droit l'importante lésion suivante : le volume de la glande est environ doublé : on délimite mal l'épididyme et le testicule et la lésion porte certainement sur l'un et sur l'autre. Dans la vaginale, nous trouvons un léger épanchement. La surface de la glande est lisse et unie, mais en certains points, on perçoit cependant de petites bosselures. Le testicule n'est douloureux ni à la pression, ni spontanément. Le malade n'en a jamais souffert : il éprouve seulement un peu de pesanteur et c'est d'une façon fortuite qu'il s'est aperçu de cette lésion qu'il attribuait à une contusion ou à une marche forcée.

Au niveau du testicule, un foyer de suppuration s'est produit ; des adhérences se sont faites entre le testicule et le scrotum ; la peau a rougi, s'est ulcérée et l'on voit aujourd'hui un pertuis induré sur lequel s'écoule continuellement une petite quantité de pus. Cette fistule a, pour le dire dès à présent, une importance considérable.

Le toucher rectal nous montre que la prostate est un peu sensible, et que son lobe droit paraît augmenté de volume.

Si maintenant nous passons à l'examen des organes internes, nous trouvons que les uns sont sains, que les autres sont malades. Le cœur, le foie, la rate, le tube digestif sont normaux. Le malade nous dit qu'il a un appétit exagéré et pourtant, pour me servir de son expression, la nourriture ne lui profite pas, il continue à maigrir et à s'affaiblir. Il n'a pas de diarrhée et à l'examen on ne constate rien d'anormal ; on ne trouve aucune tumeur, on ne détermine aucune douleur.

Les reins doivent être considérés parmi les organes sains et si l'on note une polyurie nocturne, un abaissement de la densité de l'urine qui est à 1012, l'absence d'albumine nous permet de dire d'ores et déjà, et pour n'y plus revenir, qu'il ne s'agit pas là d'une de ces altérations rénales que l'on trouve chez les tuberculeux, mais plutôt de ces troubles urinaires que l'on rencontre chez les angio-scléreux aux environs de la quarantaine.

Les poumons, par contre, sont atteints. L'inspection ne nous donne pas grand renseignement ; la palpation nous permet de reconnaître une exagération des vibrations thoraciques dans les fosses sus et sous-épineuses du côté gauche ; la percussion nous permet de constater en ce point de la submatité, et à l'aus-

cultation nous trouvons après les fortes inspirations et la toux, des craquements humides. Les mêmes constatations ou à peu près sont faites au sommet droit en avant.

En présence de ces commémoratifs et des renseignements que nous donne l'examen du malade, à quelles affections devons-nous songer?

La lésion du testicule est caractéristique; c'est d'une tuberculose du testicule qu'il s'agit et en voici les raisons. Nous avons affaire non pas à une épididymite comme dans la blennorrhagie, mais à une lésion qui porte aussi sur la glande même. Le début a été insidieux; il n'y a pas d'écoulement. La marche de la maladie, la suppuration de la glande, les adhérences qui se sont produites avec les enveloppes des bourses, l'écoulement d'un pus séreux qui sourd par le petit pertuis, sont le fait de tubercules ramollis : de tels signes sont monnaie courante de la tuberculose testiculaire.

Aurions-nous pu penser à la syphilis ou au cancer du testicule? Nullement et voici pourquoi. Outre que nous ne trouvons aucune trace d'infection syphilitique récente, nous n'avons pas ici ce testicule rénitent, blindé de la syphilis et si les caractères d'indolence et d'insidiosité de début peuvent en imposer, les lésions des enveloppes du testicule, qui ne se rencontrent pas dans la syphilis, nous permettent d'éliminer cette dernière.

De même nous n'avons pas affaire au testicule gros, irrégulier, douloureux, atteint de dégénérescence cancéreuse.

La mélanodermie, les taches des muqueuses, nous permettent de penser à une tuberculose des capsules surrénales, à ce que l'on appelle la maladie d'Addison. L'affaiblissement profond, le véritable anéantissement qu'accuse le malade vient corroborer cette opinion. Nous n'avons pas, il est vrai, les douleurs épigastriques ou lombaires, les vomissements qui accompagnent si souvent la maladie d'Addison, mais les caractères précédents nous suffisent pour l'admettre. Une distinction s'impose cependant. Avons-nous affaire à une tuberculose des capsules surrénales, ou ne pouvons-nous pas penser, en raison de la tuberculose testiculaire que présente notre malade, à une adénopathie tuberculeuse abdominale venant irriter son plexus solaire et déterminant la mélanodermie que nous avons constatée? Je ne sache pas que le syndrome addisonien ait été signalé dans la tuberculose testiculaire et la logique nous commande de nous arrêter à l'idée d'une tuberculose surrénale.

Quant à la tuberculose pulmonaire, elle est évidente et je n'insiste pas.

Nous arrivons donc au diagnostic de tuberculose polyviscérale, pulmonaire, surrénale et testiculaire.

Nous devons nous demander maintenant depuis quand cet homme est tuberculeux et pourquoi il est tuberculeux.

Son infection tuberculeuse remonte-t-elle, comme il le croit, à trois mois ? Ce n'est pas mon opinion et voici pourquoi. Cet homme nous a dit qu'il avait été soigné il y a quatre ans pour une pleurésie gauche qui a nécessité la thoracentèse. Il est vraisemblable que cette pleurésie était fonction de tuberculose, qu'elle était la première manifestation de son infection et que ce sont les séquelles de cette infection que nous constatons aujourd'hui. Pendant quatre ans, cet homme a vécu avec des bacilles à l'état latent, puis est venu un moment où son organisme a fléchi, les bacilles ont pullulé et l'infection, de locale qu'elle était, s'est généralisée.

Pourquoi cet homme est-il devenu tuberculeux ? Nous ne trouvons chez lui aucune trace héréditaire de tuberculose. Il n'a jamais vécu avec des tuberculeux, mais, nous l'avons vu, il a débilité son organisme par l'alcool. Si l'on songe en outre que sa profession est pénible, qu'il se nourrit mal, qu'il se trouve dans de mauvaises conditions d'hygiène, on arrivera à cette conclusion que sur un terrain préparé, la graine devait germer. Cette graine de tuberculose, il ne lui a pas été difficile de la rencontrer et, sur cet organisme miné, elle ne pouvait que se développer.

Ce sont ces considérations qui dicteront notre pronostic : il est des plus sombres et s'il est permis de penser à la possibilité d'un arrêt dans l'évolution des lésions pulmonaires, à leur début, nous l'avons vu, et cela sous l'influence des conditions favorables dans lesquelles ce malade se trouve à l'hôpital, si l'on peut, à la rigueur, discuter une intervention chirurgicale qui le débarrasserait, par la castration, d'un foyer de tuberculose, opération que, pour ma part, je ne conseillerais pas, en raison de l'influence morale fâcheuse qu'elle ne manquerait pas d'exercer, les chances de salut n'augmentent guère. Cet homme présente à un degré avancé l'asthénie addisonienne : à brève échéance surviendra la cachexie de la maladie bronzée et nous savons qu'elle ne pardonne pas.

Ce que nous pouvons espérer c'est, par un traitement tonique et reconstituant, par une hygiène bien entendue, de mettre cet homme dans des conditions telles qu'il puisse lutter, pour un temps, contre son infection bacillaire.

NOUVELLES & INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

(Année scolaire 1897-1898) (2e Semestre)

TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

répartis entre les différentes années d'Études

(Du 15 Mars au 31 Juillet 1898)

Première année de Médecine *(Nouveau régime)*

LUNDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Travaux pratiques d'histologie	de 2 h à 4 h.
	Conférences de physiologie . .	de 5 h. à 6 h.
	Cours de physique biolog. . .	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de physiologie .	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h à 6 h.
MERCREDI	Clin. médic ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Travaux prat. de physique .	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physique biolog. .	de 6 h à 7 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de physiologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Travaux pratiques d'histologie	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie .	de 5 h. à 6 h.
	Cours de physique biolog. . .	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.

Deuxième année de Médecine *(Nouveau régime)*

LUNDI	Clin. méd. ou clin. chirurg . .	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne . .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Travaux prat. d'histologie . .	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Clin. méd. ou clin. chirurg. .	de 8 h 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de physiologie	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Clin méd ou clin. chirurg. .	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Travaux pratiques de chimie .	de 2 h à 5 h.
	Cours de chimie biologique . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Clin. méd. ou clin chirurg. .	de 8 h 1/2 à 11 h.
	Travaux prat de physiologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie.	de 4 h à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clin. méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne . .	de 11 h 1/2 à 12 h. 1/2
	Travaux prat. d'histologie. . .	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie . .	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Clin. méd. ou clin. chirurg. .	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.

Troisième année de Médecine *(Nouveau régime)*

LUNDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Trav. prat. de méd opérat. .	de 2 h. à 3 h. 1/2.
	Cours de bactériologie.	de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2.
MARDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de médecine opérat. . .	de 4 h. à 5 h.
MERCREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h 1/2
	Trav. prat. de méd. opérat. .	de 2 h. à 3 h. 1/2.
	Cours de bactériologie	de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2.
JEUDI	Clin. méd ou clin. chirurgie.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de médecine opérat. . .	de 4 h à 5 h.
VENDREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie	de 8 h 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Trav. prat. de méd opérat. .	de 2 h. à 3 h 1/2.
	Cours de bactériologie. . . .	de 3 h 1/2 à 4 h. 1/2.
SAMEDI	Clin méd. ou clin. chirurgie	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de médecine opérat . .	de 4 h. à 5 h.

Troisième année de Médecine *(Ancien régime)*

LUNDI	Clin méd. ou clin chirurg .	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Travaux prat d'histologie. .	de 2 h. à 4 h.
	Cours de bactériologie. . . .	de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2.
	Conférence de physiologie. . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Clin méd. ou clin. chirurg .	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de physiologie	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Clin méd ou clin chirurg. .	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Cours de bactériologie.	de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2.
JEUDI	Clin. méd ou clin chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de physiologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h à 6 h
VENDREDI	Clin. méd. ou clin. chirurg. .	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne . .	de 11 h 1/2 à 12 h. 1/2
	Travaux prat. d'histologie. . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours de bactériologie. . . .	de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2.
	Conférence de physiologie . .	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Clin. méd. ou clin. chirurg. .	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de physiologie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h à 6 h.

Quatrième année de Médecine *(Ancien régime)*

LUNDI	Cours de pathologie interne. .	de 11 h 1/2 à 12 h. 1/2
	Trav. prat. de méd. opérat .	de 2 h. à 3 h. 1/2.
	Cours de bactériologie	de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2.
	Clinique obstétricale	de 5 h. à 6 h. 1/2.
MARDI	Cours de médecine légale . . .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Cours de médecine opérat. . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe .	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Trav. prat. de méd. opérat .	de 2 h. à 3 h. 1/2.
	Cours de bactériologie.	de 3 h 1/2 à 4 h. 1/2.
	Clinique obstétricale	de 5 h. à 6 h. 1/2.
JEUDI	Conf. du labor. des cliniques .	à 10 h. 1/2.
	Cours de médecine légale . .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Cours de médecine opérat . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Trav. prat. de méd. opérat. .	de 2 h. à 3 h. 1/2.
	Cours de bactériologie. . .	de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2.
	Clinique obstétricale . . .	de 5 h à 6 h 1/2.
SAMEDI	Cours de médecine légale . .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2
	Cours de méd. opérat . . .	de 4 à 5 h
	Cours de pathologie externe .	de 5 h. à 6 h.

Première année de Pharmacie

LUNDI	Cours d'histoire naturelle. . .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4
	Travaux prat. de chimie. . .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie organique . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de matière médicale .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4
MERCREDI	Cours de chimie biologique . .	de 5 h à 6 h.
JEUDI	Cours d'histoire naturelle. . .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4
	Cours de matière médicale . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4
SAMEDI	Cours d'histoire naturelle. .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4
	Cours de matière médicale .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4
	Cours de chimie organique . .	de 5 h. à 6 h.

Deuxième année de Pharmacie

LUNDI	Cours d'histoire naturelle. . .	de 9 h. 1/4 à 10 h 1/4
	Cours de chimie organique . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de matière médicale . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4
MERCREDI	Cours de chimie biologique .	de 5 h. à 6 h.

JEUDI	Cours d'histoire naturelle . . .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4
	Cours de matière médicale . . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4
VENDREDI	Travaux prat. de chimie . .	de 2 à 5 h.
SAMEDI	Cours d'histoire naturelle. . .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4
	Cours de matière médicale . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4
	Cours de chimie organique . .	de 5 h à 6 h

Troisième année de Pharmacie

LUNDI	Cours d'histoire naturelle . .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Trav. prat. d'hist. naturelle.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de chimie organique.	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de matière médicale .	de 10 h 3/4 à 11 h. 3/4
MERCREDI	Cours de chimie biologique .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours d'histoire naturelle. . .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4
	Travaux prat. de physique. .	de 2 h. à 4 h.
VENDREDI	Travaux pratiq. de pharmacie	à 2 h
SAMEDI	Trav. prat. d'histoire natur. .	de 7 h. 1/2 à 9 h. 1/4.
	Cours d'histoire naturelle. . .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale	de 10 h 3/4 à 11 h 3/4
	Trav. prat. de pharmacie . .	à 2 h.
	Cours de chimie organique . .	de 5 h. à 6 h.

Les élèves de 1re, 2e et 3e années de Doctorat sont, au début de chaque semestre, en ce qui concerne les cliniques, partagés en deux groupes, dont l'un est attaché à la clinique médicale et l'autre à la clinique chirurgicale.

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

M. C. M.-J. Éloy, de Dainville (Pas-de Calais), a soutenu le mardi 15 mars 1898, sa thèse de doctorat en médecine (5e série, no 71), intitulée : **Contribution à l'étude des fractures ouvertes du cou-de-pied.**

CONCOURS D'AGRÉGATION

Au **concours d'agrégation** (section de chirurgie et d'accouchements), les questions suivantes sont sorties pour la 1re épreuve (trois quarts d'heure après trois heures de préparation) :

MM. Bauby (Toulouse), Ostéomyélite du bassin;
Destot (Lyon et province), Cancer du larynx;
Leguéu (Paris), de la Gangrène gazeuse;
Faure (Paris), Hématocèle périutérine;
Mencière (province), des Plaies des tendons;
Nové-Josserand (Lyon), Fractures du rachis;
Cestan (Toulouse), Corps étrangers de l'œsophage;
Bégouin (Bordeaux), Ostéomyélite du tibia;
Pillon (Nancy), Hydronéphrose;
Chavannaz (Bordeaux), Plaies et fistules de l'uretère;
Mignot (Paris), Rectite proliférante;
Bert (Lyon), Mal sous-occipital;
Glantenay (Paris), Mal perforant plantaire;
Lyot (Paris), Exostoses de l'orbite;
Mauclaire (Paris), Fractures de la région cervicale du rachis;
Clado (Paris), Kystes dermoïdes de l'ovaire;
Gayet (Lyon); Luxation du genou;
Capman (Montpellier), Retards de consolidation et pseudarthroses; des diverses variétés de pseudarthroses;
Auvray (Paris), Tuberculose du testicule;
Raymond (Paris), Du pied bot congénital non paralytique;
Lefort (Lille), Nécrose des os du crâne;
André (Nancy), Des vaginalites;
Villemin (Paris), Syphilis ano-rectale.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

10e SEMAINE DU 6 AU 12 MARS 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	7
3 mois à un an	5	8
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	1	5
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans.	2	3
20 à 40 ans.	10	2
40 à 60 ans.	16	6
60 à 80 ans.	15	16
80 ans et au-dessus	5	5
Total	61	55

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de ville, 19,892 hab. .	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	8	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	1	»	»	1	»	»	»	»	»	9	15	20
Moulins, 24,947 hab .	»	4	»	»	»	»	»	1	4	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	7	21	17
Wazemmes, 36.782 hab. .	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	2	9	17
Vauban, 20,381 hab. . .	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	»	»	»	5	»	»	»	»	»	2	13	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	3	2	»	»	»	4	»	»	»	»	»	11	23	17
Esquermes, 11,381 hab. .	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	4	1	»	»	»	»	3	10	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	1	6	5
Fives, 24,191 hab. . . .	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	1	»	»	»	3	8	15
Canteleu, 2,836 hab. . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	4
Total.	»	6	»	»	»	»	»	6	18	11	7	»	»	23	1	1	1	1	»	42	116	122

N° 63. Deuxième Année, N° 13. Le Numéro : **10** centimes. 27 Mars 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Kystes hydatiques du foie (suite et fin), par MM. **A. Gilbert** et **H. Surmont**. — Cure radicale des hernies inguinales; Perfectionnement au procédé Duplay-Cazin-Faure, par le docteur **Lambret**. — Correspondance. — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M PINARD étudie les influences réciproques de l'appendicite et de la puerpéralité. M. PINARD, à propos d'un cas observé par lui, a rassemblé 45 cas d'appendicite compliquant la puerpéralité.

Les conclusions sont les suivantes : 1° L'appendicite guette la femme enceinte aussi bien au début de sa grossesse que dans le cours de la gestation et durant les suites de couches ;

2° Dans la majorité des cas, l'appendicite interrompt la gestation. Ce fait n'a rien d'étonnant, car M. PINARD a pu constater dans le sang du cordon la présence de coli-bacilles ;

3° Tous les types d'appendicite peuvent se rencontrer. Le traitement doit être le même que dans le cas d'appendicite non compliquée de puerpéralité. Il faut intervenir au plus tôt.

L'auteur conseille même d'intervenir chirurgicalement chez toute jeune fille ou jeune femme qui présente de légères atteintes d'appendicite, afin de prévenir les accidents qui pourraient survenir à l'occasion d'une maternité future.

⁂ M. DIEULAFOY a expérimenté la virulence du coli-bacille pris en cavité close et dans le canal appendiculaire au-dessus de la cavité close. Les premiers se sont montrés beaucoup plus virulents que les seconds.

Les filtrats étaient également plus toxiques. 6 cobayes injectés sont morts intoxiqués par le premier liquide, 6 autres inoculés avec le second ne périrent pas.

⁂ MM. LINOSSIER et LANNOIS rappellent leurs expériences sur l'absorption du salicylate de méthyle. Le mélange avec la vaseline diminue l'absorption de ce médicament. On doit toujours appliquer consécutivement un enveloppement ouaté.

A la **Société de Biologie**, M. CHARRIN et BARDIER ont observé des actions physiologiques antagonistes des toxines et des antitoxines, non pas d'une façon aussi catégorique que l'admet FENEWETZY.

⁂ M. GUYON étudie l'innervation motrice du cardia L'excitation du sympathique détermine une contraction du cardia. L'excitation du pneumo-gastrique produit une dilatation.

⁂ MM. LINOSSIER et BARJON montrent qu'il faut tenir compte de l'influence de la réaction de l'urine dans l'étude de l'élimination du bleu de méthylène. Toutes les fois que l'urine est alcaline, le bleu s'élimine à l'état de chromogène.

⁂ M. PETIT et M. MALASSEZ ont observé des altérations très rapides (3 minutes) du rein après l'injection de sérum d'anguille.

*** MM. GILBERT et CARNOT montrent qu'il existe normalement un rapport fixe entre la quantité de glycose éliminée et la quantité injectée — mais ce rapport peut changer si l'on injecte certaines toxines.

*** D'après M. DELEZENNE, les leucocytes jouent un rôle essentiel dans la production des liquides anticoagulants par le foie isolé. — Les agents dits anticoagulants (peptone, etc.) possèdent un pouvoir leucolytique très marqué.

*** M. CLAUDE a étudié les nerfs et le système nerveux central d'un lapin inoculé avec du venin de vipère. Il a retrouvé les lésions de poliomyélite et de polynévrite, dans lesquelles les neurones sont en même temps frappés dans leur centre et à leur périphérie.

A la **Société de chirurgie**, M. WALTHER communique un travail de M. LOISON sur le traitement des abcès du foie. L'auteur a observé 21 cas. Dans 2 cas, il y a eu guérison spontanée. Dans 5 autres, la lésion a été méconnue ; on a trouvé à l'autopsie ces abcès cicatrisés. 14 fois le diagnostic a été fait. M. LOISON considère la ponction comme indispensable. Une fois le pus révélé, le trocart sert de guide pour l'incision. La ponction n'est dangereuse que si le foie est volumineux. Les 14 interventions ont donné 8 morts et 6 guérisons. 7 fois on a constaté dans le pus la présence de microbes, colibacilles, streptocoques ou diplocoques.

M. ROBERT a abandonné l'incision large avec résection costale, à cause de l'infection secondaire. Il préfère les incisions transpleurales.

M. WALTHER croit cette critique exagérée. On doit employer la large incision dès qu'on se trouve en présence d'une collection bien limitée.

*** M. BAZY apporte une nouvelle contribution à la nomenclature déjà longue des corps étrangers de l'urèthre. Il cite le cas de M. BROUSSEN, dans lequel un homme avait essayé de se sonder avec une épingle à chapeau (!) en l'introduisant tête première. L'épingle avait glissé et l'extrémité pointue s'était fichée dans la portion glandulaire. L'auteur parvint à la retirer. — Chez un autre malade, M. BAZY trouva un fragment de verre provenant de l'extrémité de la seringue dont le malade se servait.

*** M. KIRMISSON a observé une péritonite localisée par perforation de la partie moyenne de l'intestin grêle chez un enfant de huit ans. La laparotomie donna issue à un flot de pus fétide. L'enfant guérit.

*** M. MONPROFIT a pratiqué l'ablation d'une volumineuse tumeur de l'estomac occupant le tiers de l'organe. La perte de substance étant considérable, l'auteur ferma l'estomac et le duodénum et pratiqua une gastro-entérostomie transmésocôlique postérieure en Y suivant le procédé de ROUX (de Lausanne).

Le résultat fut excellent.

M. TUFFIER trouve le procédé compliqué, mais M. MONPROFIT le préfère aux autres, parce qu'il empêche le retour de la bile dans l'estomac.

*** M. MONOD présente un malade chez qui il a pratiqué la résection des racines postérieures du plexus brachial pour une névralgie d'un moignon. Bon résultat.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. H. LEMOINE dit que ses recherches sur la bactériologie de l'angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles concordent avec celles de M. VINCENT mais au point de vue clinique il les classe sous le titre d'angines ulcéro-membraneuses car les malades présentent un véritable ulcère de l'amygdale.

*** MM. WIDAL et NOBÉCOURT ont observé un cas de gangrène symétrique des deux jambes consécutive à une embolie arrêtée dans l'iliaque primitive gauche. Dans ce cas, on constata à l'autopsie qu'il s'était formé en amont comme en aval de l'embolie un caillot secondaire qui avait oblitéré l'iliaque droite et produit la gangrène symétrique.

*** MM. THOINOT et G. BROUARDEL donnent un caractère très net de différenciation du bacille d'Eberth et du coli-bacille. L'Eberth ne pousse pas sur des bouillons contenant plus d'un centigramme d'acide arsénieux pour un litre. Le coli-bacille, au contraire, pousse toujours d'emblée dans des bouillons contenant 1 gr. 50 pour 1000 d'acide arsénieux. Certaines races de coli poussent dans des bouillons contenant 1 gr. 75 et 2 gr. d'acide arsénieux ‰, ce qui semble établir une différenciation dans le groupe des paracolibacilles.

M. WIDAL considère ces différences comme très importantes et trouve que le bacille d'Eberth est un des plus spécifiés parmi les microbes.

*** M. LETULLE communique le résultat des recherches de M. RIBARD pour combattre l'anorexie de la tuberculose pulmonaire par la crymothérapie locale. M. RIBARD applique une demi-heure avant chaque repas, dans la région épigastrique un sac contenant 2 kilogrammes d'acide carbonique neigeux dont la température est de — 80°. Le tégument est protégé par de la ouate, sa température ne descend pas au-dessous de + 25°. L'appétit se trouve augmenté et les digestions plus faciles.

A la Société de **Dermatologie et de Syphiligraphie**, M. JULLIEN donne les résultats de quelques essais d'hémothérapie et de serothérapie dans la syphilis. En 1896 l'auteur avait déjà tenté un essai infructueux de traitement par le sang d'une syphilitique. En 1897 il a essayé chez deux malades un traitement par le liquide ascitique obtenu chez une syphilitique hydropique. Un cas fut négatif, l'autre cas fut plus heureux. La malade, après avoir reçu 520 grammes en 17 injections présenta une amélioration notable. M. JULLIEN estime que ces recherches méritent d'être encouragées.

⁂ M. HERMET propose un nouveau procédé d'application d'acide arsénieux, pour obtenir la cicatrisation des épithéliomas ulcérés de la face. L'auteur se sert de 3 solutions à 1/150, 1/100 et 1/50 qu'on applique successivement en badigeonnages sur la surface ulcérée

⁂ D'après les recherches de MM. GASTOU et ANGHELOVICI, les injections intramusculaires fessières de calomel auraient une action curative sur les ulcères phlébitiques variqueux ou trophiques, en dehors de la syphilis et de la tuberculose.

⁂ M. LEREDDE présente une jeune femme atteinte de lupus érythémateux. Histologiquement on a constaté dans les plaques des cellules géantes. La malade présente les signes d'une tuberculose pulmonaire. Ce fait vient à l'appui de l'opinion de BESNIER, d'après laquelle le lupus érythémateux serait tuberculeux.

⁂ MM. JULLIEN et SIBUT présentent une malade atteinte d'éruption antipyrinique. La malade absorbe régulièrement de l'antipyrine depuis onze ans. L'éruption date de six ans.

⁂ MM. HALLOPEAU et LAFFITE présentent une malade atteinte de lymphadénie médiane du visage. Le diagnostic au début fut extrêmement difficile. La numération des globules a montré qu'il existait un leucocyte pour 20 hématies.

⁂ M. DE LANGENHAGEN adresse une communication sur la lèpre néo-calédonienne. Il incrimine surtout la mauvaise hygiène et l'ichthyophagie. Il est très sceptique à l'égard des résultats du traitement par le sérum de Carasquilla.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. MOUTON rapporte un cas d'intoxication par la belladone observée dans le service de M. le professeur COMBEMALE. Après deux doses quotidiennes de 5 centigr. d'extrait de belladone chez un tuberculeux tousseur il y eut ivresse atropinique : délire, sécheresse de la gorge, sécheresse de la peau, mydriase, diarrhée. La médication supprimée, tout rentra dans l'ordre. L'intoxication fut favorisée par l'éthylisme antérieur du malade.

⁂ M. LAMBRET présente un malade amputé de jambe dans le service du professeur FOLET, pour une luxation du genou consécutive à une vieille tumeur blanche. Il existait des troubles trophiques. Le fait intéressant de l'observation réside dans la soudure spontanée de la rotule avec l'extrémité inférieure du fémur. Il s'est fait une opération de GRITTI (désarticulation du genou avec soudure de la rotule) spontanée, avec un moignon excellent; chose qui ne se produit ordinairement pas dans l'opération de GRITTI faite intentionnellement.

TRAVAUX ORIGINAUX

Kystes hydatiques du foie (1),

PAR MM.

A. Gilbert, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais.

ET

H. Surmont, Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

(Suite et Fin)

Marche. — Durée. — Modes de terminaison. — L'évolution d'un kyste hydatique peut s'arrêter à un moment donné par suite de la mort spontanée ou provoquée des parasites. Le kyste subit alors des modifications régressives signalées plus haut, et s'il ne survient pas de complications, la maladie peut ainsi aboutir à la *guérison spontanée*. Mais cette heureuse évolution est l'exception ; arrivé à un certain volume, le kyste hydatique ou bien peut subir la *dégénérescence gélatiniforme* et alors il semble devenir incapable de guérison spontanée et n'être plus justiciable que d'une large ablation, particulièrement difficile dans ces conditions, ainsi que l'ont montré MM. MITCHELL BRUCE et SCHFILD (1), ou bien il peut, par sa situation spéciale, déterminer dans un organe voisin quelque *complication mortelle*, telle qu'une ulcération très étendue de l'estomac par compression de la coronaire stomachique comme dans un cas de M. NETTER (2), ou bien plus souvent il aboutit à l'une des deux terminaisons suivantes que leur fréquence peut faire considérer comme régulières, la *rupture* ou la *suppuration*.

(1) MITCHELL BRUCE et SCHFILD, Dégénérescence gélatiniforme des kystes hydatiques du foie. *Royal med. and surg. Soc.* (anal. in *Bull. méd.*, 1892, p. 174).

(2) NETTER, Ulcère simple de l'estomac et kyste calcifié du foie...(*Soc. méd. des hôp.*, 6 juillet 1894, p. 504).

Arrivée par son développement progressif au contact des cavités séreuses ou des canaux divers qui avoisinent le foie, la poche peut s'y rompre, soit qu'elle ait amené l'atrophie progressive des tissus, soit qu'une inflammation périkystique ait réduit leur résistance, soit grâce à ces deux processus à la fois. A ce moment un léger excès de pression à l'intérieur du kyste peut en amener la rupture, soit spontanément, soit sous l'influence provocatrice d'un traumatisme, d'un accès de toux, d'un effort ; les conséquences de cet accident varient selon la nature du liquide épanché et selon la cavité où il tombe. Si le liquide a gardé sa composition originelle, tout se borne à des phénomènes plus ou moins intenses d'intoxication hydatique ; il s'y joint des phénomènes d'infection si le liquide est suppuré ; quant aux troubles mécaniques, ils sont évidemment variables selon les cas.

Les phénomènes d'*intoxication hydatique* sont à leur maximum quand l'épanchement se fait dans la cavité péritonéale qui permet une résorption rapide. On peut reproduire les plus caractéristiques d'entre eux par l'injection sous-cutanée de liquide hydatique filtré (Debove) ; ils peuvent s'observer à la suite de la manipulation de pièces provenant de sujets atteints d'échinococcose (Achard). Le plus anodin de ces accidents est l'urticaire. Déjà connue de Monneret (1), mise en lumière par Finsen, réétudiée surtout dans ces derniers temps, l'éruption apparaît généralement dans les heures qui suivent la rupture ou au plus tard le lendemain. Elle s'accompagne assez souvent d'élévation de la température et de phénomènes de péritonisme. D'ordinaire, après une alerte plus ou moins vive, les accidents s'amendent et tout rentre dans l'ordre. Parfois les phénomènes d'intoxication sont tels que le malade est emporté en vingt-quatre heures par une péritonite, accident qui semble bien pouvoir suivre l'épanchement d'un liquide hydatique amicrobien. Ces phénomènes si graves, mis en regard de l'innocuité, souvent constatée par les chirurgiens, de l'épanchement hydatique dans le péritoine, montrent qu'il y a lieu de faire intervenir, en dehors de la toxicité du liquide, les réactions spéciales du sujet. On peut aussi émettre l'hypothèse qu'il existe chez certains individus une sorte de vaccination temporaire vis-à-vis des poisons hydatiques. On peut au moins interpréter ainsi certains faits comme le suivant : un malade de M. Jaccoud (2) subit en février une ponction suivie d'urticaire ; une seconde ponction en juillet reste non compliquée ; en septembre, après une électropuncture, nouvelle éruption, que n'amène plus une seconde intervention pratiquée en octobre dans des conditions identiques.

(1) Rendu, p. 238.
(2) Jaccoud, Clin. méd. de la Pitié, 1884-85, p. 126.

Le liquide hydatique peut avoir perdu sa composition originelle et être suppuré ; il forme en effet un bon milieu de culture, ainsi que MM. Chauffard et Widal l'ont prouvé, et s'il est stérile à l'état normal, c'est que la membrane hydatique saine et vivante est imperméable aux microbes. Toute suppuration du kyste est donc précédée d'une inflammation périkystique qui altère la membrane. Cette inflammation est elle-même la conséquence d'un apport de germes pathogènes au voisinage de la poche, soit par suite d'une infection ascendante des troncs biliaires qui serpentent dans la couche conjonctive péri-kystique, mode d'infection qui existerait dans la moitié des cas d'après Raffi, soit par suite d'un apport de germes au même point par les voies sanguines ou lymphatiques, soit enfin par ensemencement direct du kyste à la suite d'une ponction septique. Il est probable que la plupart des microbes pyogènes peuvent se rencontrer dans les kystes hydatiques suppurés. Parmi ceux qui ont été observés nous signalerons le streptocoque (Klemperer), les staphylocoques (Moré), le pneumocoque (Galliard), le colibacille (Quénu), mais rapidement le pus devient stérile comme celui des abcès du foie d'autre origine, ce qui explique sa faible virulence parfois heureusement relevée par les chirurgiens au cours d'interventions sanglantes. Les signes cliniques révélateurs de la suppuration du kyste n'ont rien de spécial. Les deux plus importants sont : l'*apparition de la douleur* qui souvent manquait jusque-là, et le développement de la *fièvre*, l'intensité et les caractères de celle-ci étant au reste un peu variables selon les cas.

Les points où les kystes peuvent s'ouvrir sont variables naturellement suivant les directions où ils se sont développés. Dans le foie même, l'ouverture peut se faire dans les gros canaux biliaires intra-hépatiques ; dans la région biliaire elle peut se faire dans les canaux hépatiques, le cholédoque, la vésicule. Le mélange de la bile au liquide hydatique se caractérise par la coloration jaune ou brune de celui-ci, et la présence de cristaux de cholestérine et de bilirubine. Au moment de la rupture, le passage des vésicules filles dans les voies biliaires peut déterminer le syndrôme de la colique hépatique, leur arrêt, les phénomènes de l'obs-

truction biliaire, d'où un diagnostic différentiel à faire avec les accidents analogues d'origine lithiasique. La présence de vésicules ou de crochets dans les selles ou les vomissements, l'absence de calculs, l'anamnèse en donnent les principaux éléments. Le fait constaté souvent de la mort de l'échinocoque coïncidant avec le passage de la bile dans le kyste, a fait attribuer à celle-ci une valeur parasiticide (Cruveilhier, Budd, Rokitansky, Frerichs), que Leudet, Dolbeau, Voisin ont conseillé ou tenté d'utiliser au point de vue thérapeutique. Les avis sont encore partagés sur la réalité de l'action parasiticide de la bile que nient les uns (Cyr), qu'affirment les autres (Létienne). En tous cas, il est certain que l'ouverture dans les voies biliaires peut être un mode de guérison du kyste hydatique, mais elle peut être le point de départ de complications graves, s'il se fait, par infection ascendante, soit une suppuration kystique, soit une angiocholite suppurée. Celle-ci est de règle si le kyste était suppuré avant sa rupture. La rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires est le mode de déhiscence le plus fréquent après la migration thoracique.

Très rare au contraire, surtout de nos jours, est la migration spontanée à travers la paroi abdominale, conséquence d'une suppuration qui petit à petit enflamme et ramollit les tissus et débouche, soit au niveau de l'ombilic (Frerichs), soit au niveau de l'épigastre et des hypochondres.

C'est dans la cavité thoracique que les kystes hydatiques du foie s'ouvrent spontanément avec la plus grande fréquence. Cette ouverture se fait soit dans la plèvre (15 fois sur 45 cas d'après la statistique de Duvernoy), soit plus souvent dans les bronches (30 fois sur 45 cas). Quand elle se fait dans la plèvre, on observe les signes d'une pleurésie purulente suraiguë à épanchement rapidement abondant ; l'empyème devenu urgent ne permet souvent qu'une évacuation imparfaite des membranes et des vésicules filles. L'ouverture dans les bronches est suivie d'une vomique dont le pus est mélangé de débris caractéristiques ou de crochets, parfois de bile. Le malade peut être asphyxié par l'irruption du liquide dans les voies respiratoires, mais le plus souvent la mort n'est pas immédiate, et on voit apparaître les signes d'une vaste excavation pulmonaire qui devient souvent gangréneuse. Les accidents pleuro-pulmonaires sont généralement précédés, pendant une période de quelques jours au moins, par des douleurs dans la poitrine, de l'oppression, des quintes de toux violentes, de la fièvre, et d'après Eichhorst (1) par une odeur spéciale de l'haleine et de l'expectoration, odeur qu'il a comparée à celle de la marmelade fraîche de prunes. Parfois l'élimination par les bronches semble se faire lentement, et le malade peut présenter par exemple des hémoptysies successives.

L'évacuation de l'hydatide dans la plèvre est plus grave que celle qui se fait par les bronches. D'après la statistique de Duvernoy, les chances de guérison seraient doubles dans le second cas (40 p. 100).

L'ouverture dans le péricarde est très rare et très grave ; on n'en connaît guère que trois cas, rapidement mortels.

Les kystes hydatiques à évolution abdominale peuvent s'ouvrir dans le péritoine ou bien se déverser dans l'estomac, dans l'intestin, ou plus rarement encore dans les voies biliaires, la veine porte, la veine cave. Relativement favorables sont l'ouverture dans l'estomac (8 fois sur 145 cas relevés par Cyr), et surtout l'ouverture dans l'intestin. C'est généralement alors le côlon qui est le siège de la fistule.

Les signes de ces accidents sont : le rejet par la bouche (vomissement) ou par l'anus (diarrhée) du liquide caractéristique ; ce rejet s'accompagne généralement d'une douleur brusque intra-abdominale, sensation de déchirure très marquée, et en même temps de l'affaissement de la tumeur préexistante (2) ; parfois cependant, lorsque la fistule gastro-intestinale est étroite, l'élimination est moins rapide et la symptomatologie moins bruyante.

L'ouverture du kyste dans le péritoine s'observe plus rarement ; elle est extrêmement grave, soit par la péritonite suraiguë qui peut l'accompagner, soit par suite des phénomènes d'intoxication hydatique qui peuvent la suivre. Enfin les vésicules vivantes épanchées dans le péritoine peuvent s'y greffer et y reprendre un nouveau développement. A cet égard, l'observation de MM. Debove et Soupault est particulièrement intéressante (3).

Il est inutile d'insister sur la gravité des accidents qui peuvent suivre l'ouverture du kyste dans la veine

(1) Eichhorst, Diagnostic de la rupture des kystes hydatiques du foie (*Zeitsch fur klin. Med.*, t. XVII). Suppl. Heft, p. 27. Analyse in *Rev. Hayem*, 1891, n° 73, p. 151.

(2) Les vomissements pourraient aussi, d'après Eichhorst, présenter l'odeur spéciale dite par lui d'échinocoques, que nous avons signalée plus haut.

(3) Debove et Soupault, Kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine (*Soc. méd. des hôp.*, 1894, p. 684).

cave inférieure (mort immédiate par embolie) ou dans la veine porte. L'ouverture du kyste dans le bassinet et le rejet de vésicules par l'urine ont été observés aussi dans des cas très rares. Certains kystes peuvent même s'ouvrir à la fois dans plusieurs organes.

La statistique suivante empruntée à Cyr indique la gravité relative des divers modes d'ouverture des kystes (1) :

	Mortalité
Ouverture dans le péritoine	90 p. 100
— la plèvre	80 —
— les voies biliaires	70 —
— les bronches	57 —
— l'estomac	40 —
— l'intestin	16 —
— à paroi abdominale	10 —

Diagnostic. — Le diagnostic des kystes hydatiques du foie est presque toujours très difficile; l'affection, dépourvue dans la plupart des cas de symptômes révélateurs évidents, demande à être recherchée avec un soin méticuleux; d'autant que les aspects cliniques de la maladie changent d'un malade à l'autre, selon la localisation du kyste, son évolution, le mode personnel de réaction du malade, l'existence ou l'absence de complications. Souvent la constatation de liquide, de membranes ou de crochets caractéristiques, faite soit à la suite d'une évacuation spontanée, soit à la suite d'une exploration voulue, fixera seule le diagnostic (2). Nous avons vu chemin faisant quels étaient la plupart des problèmes cliniques que le médecin pouvait avoir à résoudre. Nous n'avons pas à y revenir ici.

Pronostic. — La durée d'un kyste hydatique du foie est assez difficile à apprécier, étant donnée la longue période pendant laquelle la maladie reste latente. Diagnostiquée, elle peut encore durer plusieurs années, mais son pronostic est assombri par la crainte de complications toujours à redouter, par l'existence toujours possible de kystes non apparents, soit dans le foie, soit dans un autre organe, enfin par les échecs que peut parfois rencontrer le traitement le mieux dirigé. Le kyste hydatique du foie est donc dans tous les cas une affection grave.

(1) J. Cyr, Traité pratique des maladies du foie, p. 822.

(2) La difficulté du diagnostic est mise en évidence par le grand nombre des cas de kystes hydatiques du foie latents. Sur 23 cas observés par Frerichs (1re édition française, Paris, 1862, p. 512), 11 n'avaient amené aucun accident pendant la vie. Sur 20 cas observés par Leudet (Clinique médic., 1874, p. 407-408), à l'Hôtel-Dieu de Rouen, 10 furent trouvés à l'autopsie.

Traitement. — Le traitement des kystes hydatiques du foie est complexe et demande à être discuté pour chaque cas particulier. Le traitement médical, c'est-à-dire celui qui a pour but d'amener la mort de l'hydatide à la suite de l'absorption par les moyens ordinaires d'agents purement médicamenteux, est aujourd'hui universellement abandonné. Des nombreux agents préconisés, un seul, l'iodure de potassium, a paru donner des résultats à un certain nombre de médecins anglais, et en France à M. Jaccoud et à Desnos.

Un procédé utilisé, pour la première fois par Durham et Hilton Fagge en Angleterre, puis repris en France par Henrot (de Reims), MM. Jaccoud et Boinet (de Marseille), est celui de l'électropuncture. La pratique du professeur Boinet consiste à enfoncer profondément trois aiguilles en communication avec un courant de 15 à 25 milliampères, venant du pôle positif. Le passage du courant pendant un certain temps amènerait la mort des parasites.

Le traitement chirurgical appliqué aux kystes hydatiques du foie comprend un grand nombre de procédés, allant de la ponction simple pratiquée avec une aiguille capillaire à l'énucléation. On peut d'une façon générale diviser les méthodes de traitement chirurgical en deux groupes: les *ponctions*, les *incisions larges*.

Bien qu'on ait publié un certain nombre de cas de guérison des kystes suppurés par les ponctions simples ou associées à des lavages antiseptiques, nous pensons que tout kyste de cette nature doit être traité par une incision large. Les méthodes actuelles permettent en effet au chirurgien d'atteindre en tout endroit les collections purulentes hépatiques ; la même règle s'applique aussi aux cas où l'abcès s'est ouvert spontanément dans la plèvre, les bronches, les voies digestives ou le péritoine.

C'est donc seulement pour les kystes non suppurés que l'on est amené à discuter le procédé de choix dans chaque cas particulier. A cet égard il faut savoir que tous les procédés connus ont à leur actif des succès et des revers.

Les accidents qui peuvent suivre le traitement chirurgical, ponction ou opération large, sont assez nombreux, on peut les classer dans l'ordre suivant :

1° La mort subite ; 2° l'intoxication hydatique, légère ou grave ; 3° la congestion pulmonaire aiguë ; 4° la suppuration du kyste.

1° La *mort subite* est un accident heureusement assez rare ; elle peut s'observer à la suite d'une simple ponction exploratrice pratiquée avec une aiguille capillaire (Millard, Bryant). On l'attribue généralement dans ce cas à une syncope réflexe. Elle a pu survenir aussi dans le cours d'opérations sanglantes. Ignatieff par exemple, pendant une laparotomie, a perdu un malade par le fait de l'introduction d'une vésicule fille dans la veine cave. La *mort rapide* peut s'observer également. M. Chauffard (1) a publié l'observation d'un homme qui, après une ponction exploratrice (pratiquée avec une aiguille de Pravaz) et l'extraction de 10 centimètres cubes de liquide, mourut en vingt-cinq minutes après avoir présenté du prurit et deux attaques épileptiformes successives. L'arrêt du cœur en systole permettrait, d'après M. Chauffard, d'attribuer à ces accidents une origine toxique et non pas réflexe, le sujet présentant du reste une réceptivité spéciale vis-à-vis des toxines hydatiques.

2° L'*intoxication hydatique* en tous cas ne peut être mise en doute dans certains cas d'intervention chirurgicale, et plus particulièrement à la suite de la ponction lorsque se montrent les phénomènes, décrits plus haut, qui marquent la déhiscence spontanée des kystes non suppurés dans les cavités naturelles.

3° Des accidents de *congestion pulmonaire* suraiguë avec expectoration albumineuse et asphyxie rapide, ou bien des phénomènes de congestion aiguë ont été signalés. Dans un cas de M. Galliard (2) la quantité de liquide extrait ne fut cependant que de 500 gr., mais il s'agissait d'une femme âgée et d'un kyste longtemps méconnu. Ces accidents sont identiques dans leur pathogénie à ceux que l'on observe à la suite des thoracentèses, particulièrement pour pleurésies anciennes ; il faut pour les éviter avoir recours aux mêmes précautions que dans ces derniers cas.

4° Un dernier accident est la *suppuration du kyste* ; il s'observe presque exclusivement à la suite des ponctions pratiquées avec des instruments septiques ; c'est dire qu'aujourd'hui ces accidents ne devraient plus exister, si dans certains cas la suppuration n'avait pour origine une infection autochthone, ainsi que l'a démontré M. Quénu (3). A la suite de la ponction, en effet, la diminution de pression déterminée par l'évacuation du liquide amène dans l'intérieur du kyste une exsudation, et assez souvent même un épanchement de bile, par suite de la rupture dans la poche de canaux biliaires voisins. On conçoit par conséquent, que lorsque ces canaux biliaires sont eux-mêmes infectés, ils déversent dans le kyste, milieu de culture excellent, leurs germes septiques, le bacterium coli dans le cas de Quénu. C'est là, pour le dire en passant, une des raisons qui doivent rendre très réservé dans l'application de la ponction au traitement des kystes.

L'ouverture opératoire d'un kyste hydatique en communication avec les canaux biliaires est dans la règle suivie de l'établissement d'une fistule biliaire ordinairement temporaire. Une hémorrhagie grave ou mortelle peut suivre l'ouverture d'un rameau vasculaire important (1). Parmi les complications de moindre importance susceptibles de suivre l'ouverture large des kystes hydatiques intra-hépatiques, M. Walther (2) a signalé les épanchements pleuraux et des poussées d'hépatite secondaire durant de cinq à dix jours après l'opération.

La *ponction simple* peut être soit exploratrice, soit curatrice. Exploratrice, elle ne doit être faite qu'en cas de nécessité absolue ; curatrice, elle est basée sur cette idée que la soustraction d'une certaine quantité d'eau amènera la mort du parasite et la régression du kyste. Murchison préférait le trocart ordinaire pour la ponction des kystes hydatiques (3). Tout le monde à l'heure actuelle emploie les appareils aspirateurs de Potain ou de Dieulafoy. Les précautions antiseptiques les plus rigoureuses doivent être prises vis-à-vis des instruments, du malade, du médecin. La guérison, lorsqu'elle suit une intervention de ce genre, peut être attribuée soit à la dessiccation du kyste, soit à l'action antiseptique de la bile exsudée dans son intérieur après son évacuation, pour ceux qui admettent la réalité de cette action (Galliard).

La ponction simple nous paraît devoir être employée dans tous les cas où le malade se refuse à une intervention plus radicale. Dans ces conditions,

(1) A. Chauffard, Un cas de mort rapide après ponction exploratrice d'un kyste hydatique du foie (*Sem. méd.* 1896, p. 265.)

(2) L. Galliard. Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la convexité du foie (*Arch. gén. de méd.*, avril 1890).

(3) Quénu. Kyste hydatique du foie. Ponction. Infection autochthone secondaire (*Soc. chir.*, 22 janvier 1896).

(1) Frankel et Forte. *Soc. de méd. int.* Berlin, janv. 1893.

(2) Walther. Sur quelques phénomènes observés à la suite de l'ouverture large des kystes hydatiques intra-hépatiques (*IXe Congrès franç. de chir., 1895*).

(3) Murchison. Leçons cliniques sur les maladies du foie (Traduction de J. Cyr, Paris, 1878, p. 73).

étant donnés les résultats que la méthode compte à son actif, le médecin est autorisé à y recourir, sauf dans certains cas de kystes à développement thoracique, où la crainte d'une décompression trop rapide du cœur et du poumon nous semble devoir faire préférer la méthode de SENNET-BACCELLI dont nous parlerons plus loin.

Dans le but d'amener plus sûrement la mort des parasites, un certain nombre d'auteurs ont adjoint à la ponction l'emploi d'antiseptiques. La substance préférée pour cet usage est, à l'heure actuelle, le sublimé, recommandé dès 1884 par MESNARD (de Bordeaux). Le naphtol β a aussi donné quelques résultats heureux (JUHEL RÉNOY, CHAUFFARD, MERKLEN). D'après les recherches de MM. CHAUFFARD et WIDAL, il faudrait pour empêcher toute germination pyogène dans un litre de liquide hydatique, soit 18 à 20 grammes de liqueur de VAN SWIETEN, soit plus de 1/6 d'eau naphtolée saturée : le sublimé est donc l'antiseptique de choix. Il peut s'employer de différentes façons. Dans le procédé de MESNARD, il est utilisé en lavages et retiré ensuite, mais cette méthode peut être dangereuse dans les cas où la totalité du liquide injecté ne peut être reprise (1), par exemple dans ceux où une vésicule fille obstrue la canule. MM. SENNET-BACCELLI, DEBOVE, d'une part, HANOT, d'autre part, procèdent d'autre façon : les premiers auteurs enlèvent quelques centimètres cubes seulement de liquide hydatique qu'ils remplacent par une quantité à peu près équivalente, 20 grammes au maximum, de liqueur de VAN SWIETEN. Ce procédé a donné dans certains cas de très bons résultats. Il nous paraît surtout recommandable pour certains kystes simples à évolution intra-thoracique. Le second procédé, préconisé par HANOT, consiste à vider complètement le kyste, puis à abandonner dans la poche 15 à 20 grammes d'une solution de sublimé au 1/1000. M. BOUILLY en a obtenu des résultats excellents. Il nous paraît devoir s'appliquer plus spécialement aux kystes abdominaux. Il est évident que la ponction, simple ou suivie d'une injection antiseptique, ne peut être efficace dans les cas où il existe plusieurs kystes, ou dans les cas de dégénérescence gélatiniforme ; dans les faits où il existe peu de liquide hydatique et de nombreuses vésicules filles, son action sera plus difficile aussi. On comprend alors qu'un certain nombre de chirurgiens, considérant qu'il est à peu près impossible de savoir à l'avance quel est exactement le contenu d'un kyste, préfèrent aborder directement celui-ci par les méthodes sanglantes.

(1) FÉLIZET, *Soc. de chir.*, 22 février 1889.

Les méthodes sanglantes imaginées pour la cure des kystes hydatiques du foie sont nombreuses, et leur description est plus à sa place dans un Traité de chirurgie que dans le présent volume. D'une façon générale elles se proposent d'aborder le kyste, soit en deux temps, dont le premier, préparatoire, a pour but de créer des adhérences au niveau desquelles se fait ensuite l'incision (procédé de VOLKMANN (1), renouvelé de la méthode ancienne de BÉGIN), soit en un temps (procédé de LINDEMANN-LANDAU). Quand la laparotomie simple est insuffisante, des procédés spéciaux permettent d'aborder le kyste, soit par la voie lombaire pour ses localisations postéro-inférieures, soit par la voie transpleurale (ISRAEL, SEGOND) pour ses localisations postéro-supérieures, soit par la résection du bord inférieur droit du thorax dans sa portion cartilagineuse pour les kystes supéro-antérieurs (LANNELONGUE). L'énucléation totale du kyste paraît rarement indiquée (kyste multiple).

Les procédés en un seul temps nous paraissent bien préférables avec les ressources de la chirurgie contemporaine, et d'une façon générale les opérations larges nous semblent aussi devoir être recommandées de préférence à toutes les autres.

Cure radicale des hernies inguinales

Perfectionnement au procédé Duplay-Cazin-Faure

par le Dr **Lambret**, chef de clinique chirurgicale.

Quel que soit le procédé employé, il importe de ne pas oublier les deux objectifs opératoires principaux de la cure radicale des hernies, si nettement tracés par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

1° Modifier l'état du canal herniaire de telle façon que la prédisposition première à la hernie (la tendance au glissement interstitiel) disparaisse. (C'est-à-dire supprimer le sac le plus haut possible.)

2° Trouver le soutien, le point d'appui qui viendra supporter l'effort des viscères, boucher la paroi.

La seconde condition est remplie de façon diverse par les chirurgiens. Les uns essaient de reconstituer un canal artificiel par le procédé de BASSINI, les autres, moins ambitieux, ne visent pas à la restitution de l'état physiologique et anatomique et se contentent tout simplement de rétrécir l'hiatus annulaire en suturant solidement les piliers ; ils produisent ainsi

une atrésie très notable de l'anneau fibreux qui suffit habituellement. Les uns et les autres sont, bien entendu, obligés d'avoir recours à des sutures perdues pour accomplir cette partie de l'opération (catguts, soies, fils d'argent, etc.). Nous n'insisterons pas sur les inconvénients de cette manière de faire : tolérance plus ou moins parfaite, voire même occasion et cause d'accidents septiques. Les auteurs qui ont préconisé l'emploi, pour la suture, de lanières taillées au moyen du sac ont réalisé un perfectionnement très réel (Duplay et Cazin pour la reconstitution de la paroi postérieure, Faure pour tous les plans). Le manuel opératoire consiste à sectionner longitudinalement le sac en deux parties qu'on noue solidement l'une à l'autre à leur extrémité supérieure. On les passe ensuite, alternativement et successivement à travers chaque pilier de façon à faire une véritable « suture en lacets de bottine ». Quand les piliers sont suffisamment rapprochés et qu'il ne reste plus en bas que l'espace juste nécessaire pour loger le cordon, on fait avec les lanières un dernier nœud qu'on assure au moyen d'un point quelconque perdu au catgut, on traverse la peau, au crin de Florence.

A priori, on pourrait croire que le sac n'est pas suffisamment résistant, il n'en est heureusement rien; de même on pourrait s'imaginer que les lanières formées par le sac ne seront pas assez longues; or, dans les hernies inguinales de moyen volume et dans les volumineuses, les seules pour lesquelles le procédé soit applicable, le sac fournit des lanières non seulement trop longues mais trop larges et il faut en réséquer dans le sens de la largeur. On est étonné, quand l'opération est terminée, de la solidité véritablement très grande, et supérieure à celle donnée par tous les autres modes de suture, de la paroi abdominale au niveau de la hernie; les piliers se trouvent intimement rapprochés et unis, au moyen d'une suture vivante, qui va bientôt faire corps, se fondre avec eux pour constituer une adhérence définitive. Il faut bien entendu ne pas faire une dissection trop fine du sac et bornée au feuillet péritonéal, mais laisser ce feuillet doublé de sa couche fibreuse; on en est quitte pour prendre quelques précautions au niveau du cordon spermatique et de ses veines, ce qui ne saurait constituer une difficulté pour une main exercée.

Cette manière de faire qui, tout en évitant les désagréments des sutures perdues, assure une paroi abdominale si magnifiquement résistante, est cependant passible d'un grave reproche. L'entonnoir péritonéal, orifice de la hernie n'est pas supprimé, et l'ablation non seulement du collet, mais de la collerette péritonéale avoisinante est un élément capital, que nous avons appris à regarder comme indispensable du succès. (Même primitivement, dans beaucoup de circonstances, la dissection haute du péritoine a suffi à certains opérateurs pour assurer le bon résultat.) Ce cul-de-sac reste forcément après les cures opératoires des hernies faites suivant la manière décrite par Duplay-Cazin, par Faure; si petit qu'il soit ne constitue-t-il pas une amorce, un appel pour une récidive de la hernie?

C'est là une question qui vient à l'esprit, c'est une objection théorique, sur le fondement de laquelle nous manquons de données; mais il suffit qu'elle se présente pour qu'on songe à éviter l'inconvénient possible. C'est pourquoi nous avons imaginé de combiner à la suture des piliers en lacets de bottines au moyen de lanières taillées aux dépens du sac, la remontée, très haut dans l'abdomen, de l'entonnoir péritonéal formé par le revêtement séreux de l'ancien orifice herniaire. Il suffit pour cela d'employer l'ingénieux petit procédé de Kocher, décrit ici même par notre excellent maître, le professeur Folet. Voici en quoi consiste, telle que la pratique Kocher, la manœuvre opératoire dont nous parlons :

« Le sac (1) étant bien isolé, étiré, disséqué, transfixé et lié, l'opérateur introduit son index gauche dans le canal inguinal ou derrière l'arcade crurale, la face palmaire du doigt regardant en avant, et le pousse en haut à quatre ou cinq centimètres de profondeur. Fléchissant alors légèrement le doigt en crochet, on fait saillir sur lui la paroi abdominale. On pratique une petite incision de toute l'épaisseur de cette paroi sur le bout de l'index dont la pulpe apparaît par l'étroite fenêtre. Sur ce doigt-guide mis à nu, une pince longuette légèrement courbe est menée de haut en bas dans l'incision pariétale, et ressort par l'orifice inguinal. On engage solidement le sac entre les mors et l'on retire la pince qui ramène à frottement après elle le sac tout entier à travers la boutonnière, de manière à ce que la ligature du collet vienne se placer dans cette boutonnière. On fixe ce collet et on excise le sac ».

Il va sans dire que, quand nous avons fixé par ce

(1) Folet, *Écho médical du Nord*, 5 octobre 1897.

point de suture au catgut le collet du sac dans cette nouvelle position haute, nous n'excisons plus le sac, mais nous le fendons en deux et taillons nos lanières si nous avons trop d'étoffe. Par ce procédé, le godet infundibuliforme résultant de l'obturation du sac est reporté haut et fixe à plusieurs centimètres, contre la face profonde de la paroi abdominale. Nous recommandons de faire la boutonnière abdominale par où doit passer le sac, exactement dans l'axe et au-dessus de l'écartement des piliers, de façon à ce qu'il ne reste pas après entrelacement des lanières, un petit hiatus supérieur. La première fois que nous avons pratiqué l'opération, nous avions fait la boutonnière un peu à gauche (il s'agissait d'une hernie inguinale droite) de l'axe d'écartement des piliers, et nous avons observé, après la suture en lacets de bottines au moyen de lanières taillées aux dépens du sac, un petit hiatus supérieur d'un demi centimètre environ, sur lequel nous avons dû placer une suture. La précaution est facile à prendre. La combinaison des deux procédés que nous venons de rappeler permet d'additionner leurs avantages, et d'obtenir des résultats opératoires excellents.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de nos confrères MM. Jousset et Trouchaud, la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de porter à la connaissance de nos lecteurs :

A Monsieur le Directeur de l'*Echo Médical*,

Monsieur et cher Confrère,

L'*Echo Médical* a cru devoir appeler l'attention au bas de notre article du 23 mars 1898, sur l'analogie qui existerait entre le cas de M. le docteur Gaudier « Curage du naso-pharynx pour fibrome naso-pharyngien, etc. » et la note « Extirpation extemporanée par la bouche d'un fibrome naso-pharyngien par la méthode Doyen » mars 1898.

Nous prions la rédaction d'excuser notre oubli bibliographique, mais il nous semblait et il nous semble encore que M. Gaudier avait pratiqué un morcellement dans des conditions particulières et que nous, nous avions pratiqué, en suivant la technique de Doyen, une extirpation en masse de la tumeur en prenant toutes les précautions recommandées par l'audacieux chirurgien de Reims.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de toute notre considération.

Drs Jousset et Trouchaud.

Il nous sera permis de faire remarquer que nous n'avons point parlé de similitude, mais seulement d'analogie existant entre le cas publié par M. Gaudier (*Echo Médical du Nord*, 1897, n° 28) et celui publié le 13 mars dernier par MM. Jousset et Trouchaud.

S'il y a, et nous ne faisons aucune difficulté de le reconnaître, des différences indéniables entre les deux observations, on nous accordera que les points de ressemblance existent également.

La nature de la tumeur et la voie choisie pour l'enlever, — la bouche, — sont identiques dans les deux cas. Dans un cas, M. Gaudier a morcelé la tumeur en trois ou quatre morceaux. Dans l'autre, MM. Jousset et Trouchaud l'ont enlevée en une seule masse. Mais dans l'un et l'autre cas, les opérateurs se sont attaqués au pédicule de la tumeur et ont pratiqué le râclage énergique au niveau du point d'implantation sur l'os. Dans les deux cas enfin, l'intervention de nos confrères a été couronnée par un succès que nous avons été heureux d'enregistrer.

VARIÉTÉS

Médecine et médecins fin de siècle

La médecine d'aujourd'hui est le carrefour de toutes les sciences. Par l'hygiène, elle touche à la politique. Par les dernières recherches physiologiques, elle confine à la philosophie ; par la pitié qu'elle suppose pour toutes les misères humaines, elle devient une religion. C'est ce qui explique l'engouement toujours croissant pour cette profession, qui, autrefois, était considérée comme libérale et lucrative, et qui tend de plus en plus à perdre son indépendance, son prestige et devient presqu'un métier !

On classait les médecins autrefois en trois catégories :

1° Le médecin amateur exerçant par amour de l'art, par amour de l'humanité et de la charité ; c'est là une espèce rare aujourd'hui, à moins qu'il n'y ait une ambition secrète et inavouée, pour arriver à une situation officielle.

2° Le médecin ambitionnant l'honneur et l'argent et se sentant les forces nécessaires pour arriver sur les hauteurs et défier toute concurrence. C'est là un rôle difficile à remplir et où il y a beaucoup d'appelés, mais peu d'élus.

3° Enfin, la troisième catégorie se composant de la grande majorité des médecins qui se contentent d'une moyenne abordable et veulent lutter dans le combat pour la vie, en cherchant à se rendre utiles, à acquérir, sinon la fortune, du moins une aisance relative et arriver à une vieillesse honorable en élevant leur famille.

A tous ceux-là, qui sont les soldats de la phalange médicale, aux modestes praticiens de campagne et de petite ville, qui, nuit et jour, sont sur la brèche et font acte de charité et de dévoûment, j'adresse, sous forme de commandements, les réflexions suivantes, qu'ils trouveront véridiques dans la grande majorité des situations :

Le pauvre comme le riche soigneras pareillement.
Du client, « ami » tu seras, mais valet nullement.
La nuit comme le jour courras également.
Honoraires percevras sur le riche doublement.
Tes comptes feras rentrer au moins une fois l'an.

Pour la reconnaissance, n'attends pas trop longtemps.
Car c'est un fruit qui se gâte en vieillissant.
Avec les confrères, comporte-toi toujours dignement.
L'envie, la médisance, sont de mauvais sentiments,
Qui sont ignorés de tout homme bien pensant.

Avec tout le monde, sois toujours bienveillant.
Aimable, gai, bon vivant, surtout bien portant.
Si tu n'es pas victime d'un microbe ou d'un accident,
Tu arriveras ainsi à l'âge de soixante ans.
Aussi riche, aussi pauvre, gros Jean comme devant.

Seras conduit ensuite au cimetière assurément
Avec le cortège d'anciens clients reconnaissants,
Qui suivront ton convoi bien dévotement.
C'est ainsi que tu gagneras le paradis sûrement
Quand même tu n'aurais pas toujours été bien fervent.

Cet aperçu sommaire de la médecine dans les campagnes, pendant une grande partie du XIXe siècle, est parfaitement exact au point de vue pécuniaire, et si l'on signale des exceptions, elles sont dues à des circonstances particulières et indépendantes de la profession.

Aujourd'hui, que la vie est plus difficile, que les besoins sont plus nombreux et que la quantité des médecins augmente dans des proportions incalculables, la lutte pour la vie va devenir terrible, et le XXe siècle verra sans doute les médecins abdiquant leur indépendance, transformés, peu ou prou, en fonctionnaires salariés, pour traiter à forfait ou à la visite les indigents, les sociétés de secours mutuels, les assurés contre les accidents ou les maladies.

Les seuls clients habituels du médecin de campagne ne seront plus que des parents, des amis et quelques rares malades qui seront atteints inopinément, pendant leur séjour en villégiature.

Cette perspective n'est guère rassurante pour les jeunes docteurs qui comptent sur leur profession pour vivre et qui, en dehors de leurs collègues, auront à redouter la concurrence sérieuse de leurs aides nécessaires, les pharmaciens, appelés bien souvent à faire le premier pansement ou à donner le premier remède utile.

(*Concours médical*). Dr Beraud, de Charlieu.

Intérêts Professionnels

Le Tribunal de Lyon vient de juger que ne commet pas une faute professionnelle engageant sa responsabilité, le médecin qui, pour des raisons graves et dans l'intérêt vital du sujet lui-même, a dû se borner, dans la réduction d'une jambe brisée, à faire chevaucher les fragments osseux, au lieu de les juxtaposer bout à bout, alors même qu'il en serait résulté un raccourcissement et par suite une claudication.

Dans sa séance du 18 mars, la section du contentieux du Conseil d'Etat a rendu un arrêt décidant que « s'il appartient au maire d'user des pouvoirs de police qui lui sont confiés par la loi du 5 avril 1884, dans le cas où un propriétaire aurait négligé de prendre des mesures de précaution rendues nécessaires par la présence de malades (non payants dans l'espèce) soignés à l'intérieur de son habitation, il ne peut, sans porter atteinte au droit de propriété du requérant, interdire à ce propriétaire de recevoir chez lui aucune personne affectée de tuberculose ou d'autre maladie réputée contagieuse ».

NOUVELLES & INFORMATIONS

Concours d'agrégation *(chirurgie et accouchements)*

Ont subi leur première épreuve (leçon de trois quarts d'heure après trois heures de préparation) sur les sujets suivants :

MM. Auvray (Paris), Tuberculose du testicule ;
Raymond (Paris), Du pied bot congénital non paralytique ;
Lefort (Lille et province); Des nécroses des os du crâne ;
André (Nancy), Les vaginites ;
Villemin (Paris), Syphilis ano rectale ;
Imbert (Montpellier), Tuberculose cœcale ;
Tailhefer (Toulouse), Les Grenouillettes ;
Albertin (Lyon), Kystes de la mamelle ;
Vitrac (Bordeaux), Tumeurs solides de l'ovaire ;
Chamayou (Toulouse), Ulcérations du rectum, cancer excepté ;
Martel (Lyon), Phlegmon infectieux du plancher de la bouche ;
Vanverts (Lille), Infiltration d'urine ;
Delbet (Paris), Ankylose de la hanche ;
Bérard (Lyon), Blessures du poumon par armes à feu.
Gaudier (Lille), De l'actinomycose ;
Demoulin (Paris), Fracture du fémur au tiers moyen ;
Rivière (Lyon), Genu valgum ;
Villars (Lyon), Meningocèle et encéphalocèle ;
Audebert (Bordeaux), Diagnostic de la grossesse extra-utérine ;
Demelin (Paris), Phlébites pendant la puerpuéralité.

Nominations

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Sarda, agrégé, est nommé professeur de médecine légale et de toxicologie.

École d'application du corps de santé de la marine à Toulon. — M. le médecin de 1re classe Millou est nommé pour cinq ans professeur d'hygiène navale et de pathologie exotique.

Hôpitaux de Lyon. — M. le docteur Mollard est nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

Distinction honorifique

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur G. Maurange (de Paris).

Un certain nombre de sénateurs, parmi lesquels MM. les docteurs Cornil, Léon Labbé, Pozzi, Rolland, présenteront au cours de la discussion du budget de 1898 une

demande de crédit de 6,000 fr. en vue de permettre au ministre des travaux publics d'assurer le service d'**inspection des boîtes de secours** déposées dans les gares et dans les trains de voyageurs.

— Le ministre de l'instruction publique a déposé avant-hier sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi relatif à la réinstallation de l'**Académie de médecine**.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs X. TRASTOUR, de Nantes (Loire-Inférieure); P. DELMAS, de Bordeaux (Gironde); DEXANT, d'Ambarès (Gironde); LEMARCHAND, du Tréport (Seine-Inférieure); ARMAND, de Denice (Rhône); PAULIER, de Paris; ARDILOUZE, de Château-Laudon (Seine-et-Marne); FEILLET, de Plougastel (Finistère); LAZUTTES, d'Ouveilhan (Aude); TARNEAU, médecin principal en retraite; MAS, de Recoules (Hérault), ancien député; THIBIERGE père, de Paris.

MM. SCHWIMMER, professeur de dermatologie, à Buda-Pesth; DE SELONIZ Y ORTIZ, professeur d'anatomie, à Barcelone; D'AMBROSIO, professeur d'orthopédie, à Naples; MOLDENHAUER, professeur de laryngologie, à Leipzig; SEGUIN, professeur de neurologie, à New-York; BRIGGS, professeur de matière médicale, à Vermont; R. QUAIN, professeur de clinique chirurgicale, à Londres.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1898, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr HUCHARD, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 320 pages, cartonné, à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Les formulaires ayant quelques années de date ne répondent plus aux besoins actuels, tant la matière médicale s'est transformée par de nombreuses acquisitions.

Le *Formulaire* de BOCQUILLON est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1898 contient un grand nombre d'articles nouveaux introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même des plus récents.

Citons en particulier : *Acide cacodylique*, *Cardol*, *Chetidonine*, *Chinaphtol*, *Chrysoïdine*, *Cryophine*, *Eucaïne*, *Europhène*, *Ferro-somatose*, *Héparadine*, *Holocaïne*, *Hydro-gyroseptol*, *Ichtyalbine*, *Iodothyrine*, *Lichadine*, *Médulladine*, *Mydrol*, *Orthoforme*, *Ossagine*, *Ovaradine*, *Pancréadine*, *Péronine*, *Phenylpilocarpine*, *Picronitrique (acide)*, *Prostadine*, *Protargol*, *Pyramidon*, *Renadine*, *Spinol*, *Suprarinadine*, *Tannalbine*, *Tannosal*, *Testadine*, *Thyradine*, *Triphénine*. Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur tous les médicaments importants de ces dernières années, tels que : *Airol*, *Benzacétine*, *Caféine*, *Chloralose*, *Cocaïne*, *Eucaïne*, *Ferripyrine*, *Glycérophosphates*, *Icthyol*, *Kola*, *Menthol*, *Résorcine*, *Salipyrine*, *Salophène*, *Somatose*, *Strophantus*, *Trional*, *Urotropine*, *Xéroforme*, etc.

Le *Formulaire* de BOCQUILLON-LIMOUSIN est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, mode d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

11e SEMAINE DU 13 AU 19 MARS 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	3
3 mois à un an	10	4
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	4	4
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	»	5
20 à 40 ans	9	6
40 à 60 ans	16	9
60 à 80 ans	7	15
80 ans et au-dessus	1	6
Total	60	57

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	5	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	1	»	»	»	»	3	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	11	20	17
Moulins, 24,947 hab.	»	4	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	5	»	»	»	»	»	5	19	20
Wazemmes, 36,782 hab.	»	2	»	»	»	»	»	2	5	»	9	»	1	6	»	1	»	»	»	3	29	34
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	4	8	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	2	»	»	»	5	»	»	»	»	»	7	17	10
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	7	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	13
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	4	»	»	»	»	»	2	10	25
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Total	»	7	»	1	»	»	»	4	19	6	15	»	1	28	»	1	»	»	»	35	117	144

N° 64. Deuxième Année, N° 14. Le Numéro : **10** centimes. 3 Avril 1898

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Trépanation et drainage arachnoïdien dans la méningite, par le docteur **Moty**. — Un cas de pleurésie tuberculeuse récidivée, par le docteur **A. Deléarde.** — Sur la présence d'un pigment spécial dans l'urine des saturnins, par les docteurs **Deroide** et **Lecompt**. — FAITS CLINIQUES : Un cas d'intoxication par la belladone, par M. **Mouton**. — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M. HAYEM déclare que, depuis vingt ans qu'il est médecin des hôpitaux, il a été frappé par la rareté de la cirrhose de Laennec, malgré la fréquence des alcooliques. Or, si l'alcool tend à remplacer aujourd'hui le vin chez les buveurs, ce fait serait en faveur de l'opinion de M. LANCEREAUX. A la cirrhose atrophique s'ajoute toujours de l'hypopepsie, à la cirrhose hypertrophique de l'hyperpepsie. Il suffirait donc de faire l'examen du suc gastrique chez les buveurs de vin et chez les buveurs d'alcool. Le sulfate de potasse ne peut être incriminé, car il est en trop petite quantité.

M. LANCEREAUX répond qu'il faut boire du vin pendant dix ans pour devenir cirrhotique. La diminution de la cirrhose corrélative avec la diminution du plâtrage depuis 1860 est une preuve en faveur de sa théorie.

⁂ M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente une observation qui montre l'application du principe suivant : il est possible de loger dans la substance d'un muscle et de laisser en permanence un groupe de fils métalliques formant barrière et pouvant servir de point d'appui à des fils perpendiculaires aux premiers. Un homme s'est rompu le tendon du biceps au-dessus de la rotule : on place dans le muscle un gros fil d'argent double perpendiculairement aux fibres ; deux fils sont placés dans la rotule et vont tourner, dans le muscle, autour de cette barrière. Dans l'intervalle des fils, tous les débris tendineux et musculaires sont réunis par des catguts. Radiographie au bout de sept mois : réparation musculaire parfaite quoique les fils soient rompus.

⁂ M. RECLUS a étudié l'eucaïne B. Elle peut être soumise à l'ébullition ; les solutions en sont fixes et la toxicité est moindre que celle de la cocaïne. De plus, on n'est pas obligé de faire coucher les malades pour les anesthésier, ce qui rend précieux son emploi pour les dentistes. Mais le pouvoir anesthésique de l'eucaïne B est moindre que celui de la cocaïne ; l'eucaïne est vaso dilatatrice et la plaie se couvre de sang, l'injection en est douloureuse. M. RECLUS continue à employer la cocaïne.

A la **Société de Biologie**, MM. GILBERT et L. FOURNIER étudient la forme splénomégalique de la cirrhose biliaire hypertrophique. Cette forme appartient surtout à l'enfance et à l'adolescence ; l'hypertrophie de la rate est toujours beaucoup plus prononcée que celle du foie. Si l'on admet qu'il s'agit d'une infection des voies biliaires, la splénomégalie doit être considérée comme un des premiers résultats de cette infection. La

splénomégalie est de règle dans les angiocholites à évolution lente; la maladie de HANOT n'y fait point exception.

*** MM. BEZANÇON et LABBÉ ont étudié la réaction des ganglions aux infections charbonneuse et staphylococcique expérimentales. Par ses voies lymphatiques, dont les cellules présentent une réaction précoce, le ganglion joue un rôle d'arrêt pour les bactéries. Par suite de sa richesse vasculaire, il constitue un nouveau centre pour la diapédèse; par son système folliculaire, il poursuit sa fonction physiologique de production de leucocytes. La réaction ganglionnaire, très marquée pour le staphylocoque, n'est qu'à l'état d'ébauche pour la bactéridie.

*** M. JOSUÉ a trouvé chez tous les tuberculeux des modifications de la moelle osseuse, alors même qu'il n'y a pas de localisation médullaire du bacille de KOCH. Il s'agit de multiplication cellulaire ou de sclérose avec dégénérescence amyloïde.

*** MM. GILBERT et WEIL ont observé, chez deux petits diabétiques, de l'indicanurie qui accompagnait divers symptômes de lésion hépatique. Le foie semble avoir une action d'arrêt sur l'indican.

*** MM. COURMONT et DOYON montrent l'influence de la température sur la production du tétanos par la toxine chez la grenouille. La température limite est entre 20 et 25 degrés. La toxine ne s'élimine pas chez la grenouille maintenue au-dessous de 20°, car il suffit de mettre à l'étuve une grenouille injectée depuis plusieurs mois pour la voir devenir tétanique.

A la **Société médicale des Hôpitaux,** M. BÉCLÈRE présente deux fillettes de 18 et 31 mois. Ce sont deux sœurs qui, il y a un an, ont été frappées d'accidents paralytiques étendus, avec fièvre. Puis, la paralysie est entrée dans une période de régression et s'est localisée, chez l'aînée, aux membres inférieurs, chez la plus jeune au bras gauche et à la moitié gauche de la face. Il s'agit, sans aucun doute, de poliomyélite antérieure aiguë. Les deux enfants, avant cette maladie, étaient couvertes d'abcès cutanés, points de départ de l'infection des centres nerveux. Les muscles de la face peuvent être au nombre des muscles atteints dans la paralysie infantile, mais d'habitude, dans ces cas, la mort survient. Ici, l'enfant a survécu. On ne peut affirmer qu'il s'agit bien de poliencéphalite, car une infection a pu déterminer une névrite du facial, mais la coexistence, à la période aiguë, de la paralysie des muscles moteurs de la tête est de nature à faire admettre une atteinte des noyaux bulbaires.

*** M. DALCHÉ, dans un cas de métrorrhagie, ayant appliqué sur le col utérin des gazes imbibées d'une solution gélatinée, vit sortir de l'utérus, quelques jours après, un caillot dur, moulé sur la cavité de l'organe. On voit les inconvénients qu'il peut y avoir à ne pas appliquer directement la gélatine sur les surfaces saignantes.

*** MM. THOINOT et BROUARDEL étudient le mécanisme de l'action antitoxique de la pulpe nerveuse et de diverses autres substances vis-à-vis de la strychnine, action découverte par WASSERMANN et contrôlée depuis par MM. WIDAL et NOBÉCOURT Nombre de substances inertes, comme la fécule de pomme de terre, le talc, le charbon, les épinards, partagent le pouvoir préservateur des centres nerveux, à un plus ou moins haut degré. Tout se réduit, en effet, à un simple phénomène de fixation de la strychnine de la solution par la matière avec laquelle on la mélange, et en vertu de l'adage : *corpora non agunt nisi soluta*, le poison ne peut rien produire, car il est fixé par une matière non soluble.

A la **Société de chirurgie.** M. WALTHER, à propos de la communication de M. PICQUÉ sur la folie post-opératoire, dit que sa malade avait des accidents cérébraux antérieurs à l'opération qu'il lui fit. M. RICHELOT n'a jamais vu les interventions portant sur la sphère génitale avoir une influence élective sur l'apparition de la folie. Il arrive bien cependant que, chez quelques prédisposées, n'importe quelle opération peut jouer un rôle provocateur.

*** M. MONOD a observé plusieurs cas rares de péritonite suppurée due à des ulcérations intestinales. Chez le premier malade, il avait pensé à une appendicite ; il s'agissait d'une perforation au niveau de la valvule iléo-cœcale. Chez le second, il existait des ulcérations ni typhoïdes, ni tuberculeuses, sur la terminaison du gros intestin. Enfin, une femme de 28 ans succomba à des accidents péritonéaux dus à une perforation siégeant à gauche du côlon transverse et du côlon descendant.

*** M. BAZY présente un cure-oreille qu'il a retiré de l'utérus d'une femme qui l'avait introduit dans un but abortif.

*** M. PICQUÉ a opéré une malade chez laquelle on avait porté le diagnostic de pleurésie enkystée et qu'il croyait atteinte de collection hépatique ; c'était un abcès intrapulmonaire. Chez un autre malade il a eu affaire à

un abcès sous et rétro-hépatique dont le diagnostic causal lui échappe encore. M. NIMIER attire l'attention sur la valeur thérapeutique des saignées du foie pratiquées avec un trocart dans les abcès hépatiques.

⁂ M. TUFFIER présente une malade chez laquelle il a pratiqué une gastro-entérostomie pour un rétrécissement du pylore dû à des adhérences autour d'une vésicule calculeuse. L'auteur a employé le procédé de VON HACKER joint à l'extirpation de la vésicule.

⁂ M. POTHERAT apporte un volumineux orteil recourbé enlevé à un garçon de 23 ans. Il pense qu'il s'agissait d'acromégalie.

A la **Société d'anatomie**, M. MASBRENIER fait voir un petit anévrysme du volume d'une noix, situé entre l'aorte et l'artère pulmonaire. La lésion s'était traduite pendant la vie par un double souffle à la partie interne du 3e espace intercostal gauche.

⁂ M. FREDET présente une pièce d'hydronéphrose intermittente, par rein mobile, constatée pendant la vie. L'uretère est en arrière du rein, sans dilatation ni coudure. La pathogénie des accidents ne peut être expliquée par la théorie de LANDAU, ni par celle de NAVARRO. Il semble que le rein tournant autour de son hile, quand il se met en position horizontale, tord l'uretère sur lui-même à sa sortie du hile.

⁂ M. GRIFFON montre les pièces d'un homme de 63 ans, ayant succombé avec des symptômes d'hémorragie interne. Arthrites suppurées chondro-sternale et sterno-claviculaire, pleurésie, ostéites vertébrales, abcès du rein, rupture de l'aorte athéromateuse au niveau d'un foyer pyémique C'était une infection mixte à staphylocoques et pneumocoques.

⁂ M. CANUET montre le cerveau d'une femme de 76 ans, alcoolique, atteinte d'hémiplégie gauche et de vertiges. La face externe de l'hémisphère droit est déprimée par un hématome méningé enkysté, libre dans la cavité arachnoïdienne.

⁂ M. TOURNEMELLE apporte un petit doigt coupé en son milieu par morsure de cheval ; le tendon du muscle fléchisseur profond a suivi avec quelques fibres musculaires ; il mesure 22 centimètres.

TRAVAUX ORIGINAUX

Trépanation et drainage arachnoïdien dans la méningite.

Par M. le docteur **Moty**, médecin principal de 2me classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

GRAVITÉ DES MÉNINGITES

Les traitements divers employés autrefois dans les méningites aiguës se sont montrés si peu efficaces qu'ils n'inspirent plus aujourd'hui que peu de confiance ; qu'on s'adresse aux moyens internes en vue de produire une dérivation sur l'intestin, à la saignée générale ou locale ou à la glace en vue de décongestionner les méningites, les résultats sont à peu près les mêmes et la maladie se termine par la mort, sauf dans quelques cas bénins dès le début et qui auraient selon toute apparence évolué favorablement sous la seule influence d'un régime approprié.

La cause de ces insuccès n'est plus un mystère aujourd'hui, la méningite n'est en effet qu'un ensemble de symptômes révélant la présence d'agents infectieux dans la cavité des méninges, et pour peu que le développement de ces agents soit favorisé par le terrain, toute thérapeutique qui ne s'adressera pas directement à la cavité des méninges aura les plus grandes chances de rester impuissante.

La gravité de l'inflammation des méninges paraît tenir à deux causes spéciales: l'importance des organes nerveux centraux qui subissent directement les effets de cette inflammation et la faiblesse de la résistance naturelle des méninges aux agents infectieux. La première de ces causes est irréductible et les méningites conserveront toujours, quelle que soit leur nature, un haut degré de gravité, mais la seconde n'est pas dans le même cas et rien ne prouve qu'il soit impossible d'appliquer aux méninges les principes de la méthode antiseptique.

PATHOGÉNIE DES MÉNINGITES INFECTIEUSES AIGUËS

Il n'entre pas dans notre plan d'étudier en détail les différentes formes de méningite et de tenter une classification prématurée de ces formes ; nous rappellerons seulement que si l'on fait abstraction des méningites tuberculeuses, l'agent pathogène de la maladie serait le plus souvent le pneumocoque (NETTER 60 0/0 des cas) ; dans la plupart des autres cas le diplocoque de FRAENKEL-WEICHSELBAUM (1) et enfin,

(1) Ce microcoque a été rencontré également par CORNIL et BABÈS. (*Les bactéries et leur rôle*, vol. 2, p. 46).

dans la méningite cérébro-spinale épidémique, le diplo-bacille ou le méningo-coccus de FRAENKEL, également désigné sous le nom de micrococcus intracellularis de FRIEDLANDER, auquel viendrait quelquefois s'associer le streptocoque (BOERI. *Riv. clinica et terapeutica*, 1893) pour produire une forme spéciale procédant par bonds successifs.

Quoi qu'il en soit, abstraction faite des empoisonnements, toute méningite diffuse est attribuable au développement d'un agent septique vivant dans la cavité arachnoïdienne et de ce fait découle l'indication d'ouvrir cette cavité pour en tenter la désinfection méthodique.

TRAITEMENT RATIONNEL

C'est dans cet ordre d'idées qu'a été imaginée la ponction lombaire, suivie de drainage (WINTER) ou d'injection d'air stérilisé (BAILS, thèse de Lyon, 1897). VAUDREMER (thèse de Paris, 1893), tout en rappelant que MAYO ROBSON n'a pas craint de drainer les ventricules dans l'hydrocéphalie aiguë, s'en tient également à la ponction lombaire avec drainage. Dans un ordre d'idées un peu différent, ANGIAN, de Buda-Pesth, a employé les injections sous-cutanées de sublimé le long de la colonne vertébrale dans la méningite cérébro-spinale épidémique et en a obtenu des résultats satisfaisants.

Bref, l'influence des notions fournies par la bactériologie a déjà notablement modifié le traitement des méningites ; et l'avenir ne fera sans doute qu'accentuer ce mouvement ; il n'est donc pas inutile de jalonner d'avance la route qu'il paraît devoir suivre et cela d'autant moins que la plume autorisée de LAVERAN formule, au sujet des anciennes méthodes thérapeutiques, appliquées à la méningite, la pénible, mais trop juste pensée que : « le médecin qui a le sentiment de sa responsabilité a bientôt mesuré les limites étroites dans lesquelles il s'agite » (Art. Méningite cérébro-spinale du dictionnaire DECHAMBRE).

Puisque la médecine se récuse, la chirurgie doit entrer en ligne, pourvu qu'elle soit en état de remplir une des indications principales de la maladie.

Or, les indications précises correspondant à la nature de la maladie et à sa marche sont les suivantes :

INDICATIONS DU TRAITEMENT

La méningite étant le résultat du développement d'un organisme vivant dans la cavité arachnoïdienne, il faudrait avant tout couper court à la multiplication de cet organisme et l'anéantir complètement ensuite. Le moyen le plus simple d'y parvenir paraît être, à priori, d'ouvrir cette cavité et de l'aseptiser.

Mais l'expérience a déjà démontré pour d'autres séreuses : 1° que l'injection de substances antiseptiques dans une cavité close est rarement suffisante et souvent dangereuse ; 2° que l'ouverture de la cavité ne donne tous ses résultats que si elle est suivie d'un drainage assez prolongé pour donner à l'organisme le temps d'éliminer tous les produits nuisibles que renferme cette dernière cavité ; 3° que l'action adjuvante des antiseptiques n'est pas toujours nécessaire et que ceux-ci paraissent même quelquefois nuisibles.

D'autre part, en jetant un coup d'œil d'ensemble sur les méningites, on est immédiatement frappé par les différences considérables qui séparent les méningites aiguës ; les premières pouvant rester longtemps latentes comme certaines tuberculoses méningées et susceptibles d'être influencées par divers médicaments spécifiques comme l'iodure de potassium, la créosote, etc., les autres débutant au contraire par des symptômes graves et violents, qui impriment à leur physionomie un caractère des plus effrayants et vis-à-vis desquels les médications générales ne sont que des tentatives décevantes.

C'est à ces formes aiguës qu'il importe surtout de trouver un remède, car la douleur qu'elles infligent aux malades est intolérable et la marche rapide de la maladie permet d'espérer un rétablissement prompt et définitif si l'on réussit à franchir heureusement sa période dangereuse.

Quel que soit l'agent infectieux en cause, dès l'instant qu'il y a méningite aiguë, l'indication de lui ouvrir une porte de sortie nous paraît nettement établie. L'avenir apprendra peut-être à déterminer à l'avance, par l'analyse des symptômes, quel est le microbe infectant, et cette détermination, qu'il serait prématuré de tenter aujourd'hui, permettra peut-être de donner une base nouvelle au pronostic de la maladie, mais il n'est pas nécessaire d'attendre ce résultat incertain pour utiliser les données désormais acquises sur la nature infectieuse des méningites et ces auteurs qui ont proposé le drainage nous semblent avoir ouvert la voie la plus directe et la plus sûre aux progrès de la thérapeutique chirurgicale des méningites.

En observant le malade, on l'entend traduire d'une voix de plus en plus désespérée la sensation de com-

pression cérébro-spinale qui l'anéantit ; il semble que les méninges soient peu propres à la résorption, même pendant les rémissions thermiques, assez fréquentes au cours de la maladie, et le sentiment de tension qui s'est à peine atténué pendant ces rémissions redouble d'acuité à la moindre élévation de température.

Sans insister plus longtemps sur l'indication du drainage, je dirai que le drainage lombaire présente de sérieux inconvénients — l'agitation du malade expose le drain a être déplacé et la plaie à être infectée ou à se fermer prématurément — les mêmes accidents pourraient, il est vrai, s'observer à la suite du drainage crânien, mais il est incontestablement plus facile de surveiller le crâne que la région lombaire.

Rien de plus rapide d'ailleurs et de plus précis que la trépanation pariétale et l'ouverture de la dure-mère, et enfin, puisque la cavité crânienne est le siège principal des douleurs, rien de plus logique que d'attaquer le mal de ce côté. Telles sont les raisons qui nous ont guidé dans l'observation rapportée plus loin et dont le sujet a été présenté à la Société de médecine du Nord (11 février 1898).

Observation. — J..., soldat au 43e d'infanterie, entre à l'hôpital militaire de Lille, le 31 décembre 1897, pour contusion de fosse nasale droite par baguette de fusil.

L'accident s'est produit la veille, vers 9 heures du soir, dans la chambrée. En nettoyant son arme, le blessé força la baguette dans le canon et, pour la dégager, tira fortement sur elle en maintenant la crosse avec ses pieds ; la résistance venant à céder inopinément, la baguette pénétra brusquement et avec violence dans sa fosse nasale droite par son extrémité la plus effilée et y resta fixée.

S'appuyant d'une main sur le bord d'une table, le blessé, qui ressentait une vive douleur, saisit de l'autre main la grosse extrémité de la baguette et en fit résolument l'extraction ; puis il alla se laver à l'eau froide pour arrêter le sang et se mit ensuite au lit sans réclamer les secours du médecin.

La douleur alla s'aggravant, le blessé perdit beaucoup de sang pendant la nuit et le lendemain il fut évacué d'urgence sur l'hôpital militaire de Lille.

A son entrée les signes de méningite sont déjà très accusés ; faciès anxieux, céphalalgie fronto-temporale et tension douloureuse de la fosse nasale blessée : pouls à 84, pas de vomissements.

La baguette du fusil est intacte, on ne constate rien du côté des os du nez, la fosse nasale droite est obstruée par des caillots.

Diète, tamponnement de la narine droite au sublimé au millième, antipyrine 4 grammes.

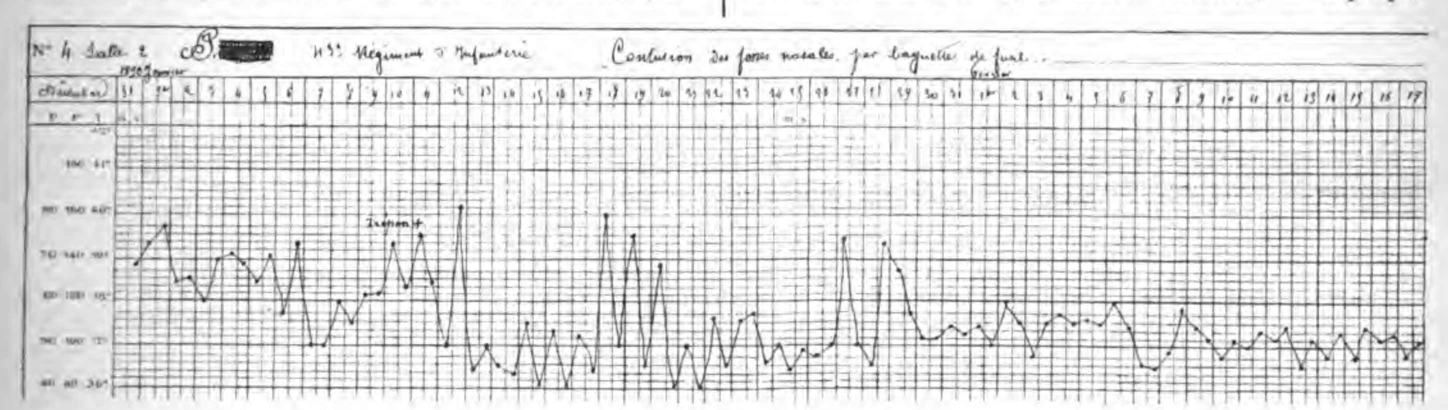
1er janvier 1898, pouls 78, injection de sublimé à 1°/oo toutes les heures dans la fosse nasale droite ; le 2 janvier, pouls 64, la douleur nasale a disparu mais la céphalalgie persiste, détente sensible ; le 3 janvier, inégalité pupillaire, rétrécissement à droite, la céphalalgie s'étend à tout le crâne, pouls 68, diplopie ; 4 janvier, les douleurs atteignent la nuque, pouls 84 ; 5 janvier, violentes douleurs dans le sacrum et les membres inférieurs, pupilles un peu dilatées, pouls 88 : le 6, détente le matin, pouls 76, exacerbation le soir ; le 7, nouvelle détente, la diplopie disparait par moments, pouls 68 ; le 8, pouls 64, les douleurs sacrées sont toujours très violentes, vésicatoire à la région lombaire ; du 8 au 11, même situation allant plutôt en s'aggavant, urines de composition normale, crachats, selles et sueurs fétides ; le pouls monte à 92, les douleurs sont très violentes dans toute l'étendue de l'axe cérébro-spinal et ne sont calmées ni par les compresses froides ni par les médicaments usuels, y compris l'arseniate de soude à haute doses ; un peu de subdélire.

Le 11, après avoir pris l'avis de M. le médecin principal Sorel, médecin chef, je place sur la région pariétale droite préalablement cocaïnisée une petite couronne de trépan, j'incise linéairement la dure-mère qui paraît tendue et je glisse un crin de cheval en anse dans la cavité des méninges

Le pariétal est très rouge, la cocaïne n'a pas produit ses effets anesthésiques ordinaires, enfin le liquide qui s'écoule n'est pas purulent en apparence.

L'opéré s'étant déclaré immédiatement soulagé, je renonce à placer une deuxième couronne de trépan comme je me l'étais proposé d'abord et je me contente de suturer la plaie dont le drain de crin traverse les lèvres. Pansement au bismuth et au sublimé.

La détente consécutive à l'intervention persiste



jusqu'au soir, il survient alors une poussée douloureuse vers le sacrum et sur le trajet des nerfs cruraux et sciatiques.

Le lendemain matin nouvelle détente, pouls 68 ; le surlendemain, pouls 60 et 56 le surlendemain.

Du 11 au 16, il s'écoule une grande quantité de sérosité par la plaie, le 16 on enlève le drain et les points de suture de crin de cheval.

La plaie est réunie mais le trajet du drain laisse une petite fistule qui fournit toujours de la sérosité, une culture de celle-ci en bouillon reste stérile.

Du 16 au 31 janvier, malgré les rechutes fréquentes mais passagères indiquées par la courbe de température, l'état de l'opéré s'améliore mais la fistule persiste et je la respecte dans la crainte de provoquer une exacerbation plus grave en la fermant.

Le 26, le malade se lève, le 1er février la fistule se ferme spontanément et les fortes crises douloureuses disparaissent en même temps.

Il est à remarquer que les poussées avaient presque toujours été matinales à partir du milieu de janvier ; on a noté en outre à partir de la même époque une analgésie des doigts de la main gauche et le 24 janvier une atrophie musculaire des membres inférieurs surtout accusée à gauche (cuisse d. 40 c., cuisse g. 38 c. 5). Il y avait enfin un scotome de petites dimensions dans la partie externe des deux champs visuels (scotome plus étendu à gauche).

L'intolérance du malade a rendu l'examen du fond de l'œil illusoire.

Champ visuel : OD 48-42, OG 34-50.

Cette dernière donnée fait penser que l'hystérie n'a pas été étrangère à l'excessive intensité des douleurs pendant la période du déclin de la maladie.

Du 1er au 18 février, le malade continue à se remettre, et il sort à cette date avec un congé de trois mois ne conservant qu'un léger degré d'anesthésie des doigts de la main gauche, une contracture de l'orbiculaire de la paupière gauche faisant paraître l'œil plus petit, de la photophobie et de la diplopie intermittente.

ORIGINE NASALE DES MÉNINGITES

Cette observation présente certainement de nombreuses particularités intéressantes ; elle montre d'abord la susceptibilité de la partie profonde des fosses nasales à l'infection traumatique et nous ne pouvons laisser passer l'occasion de faire remarquer que la région du nez obéit ainsi à la loi générale qui proportionne la résistance des tissus à leur vulnérabilité.

Notre cas a d'ailleurs quelques analogies avec l'observation de ZORKENDORFER (1) de méningite consécutive à la suppuration des tissus sphénoïdaux, observation qui a remis en faveur la théorie allemande de la contagion méningitique par les fosses nasales ; les agents pathogènes des méningites cérébro-spinales se rencontreraient à l'état normal, dans les arrière-cavités des fosses nasales et y resteraient silencieux jusqu'au moment où leur virulence serait exaltée relativement par un traumatisme ou absolument par la cause encore mystérieuse du « Génie épidémique ».

Cette théorie méritait d'être résumée ici ; elle pourrait peut-être rendre compte de ce fait étrange que dans certaines épidémies toutes les autopsies ont fait découvrir des lombrics dans l'intestin ; on sait, en effet, que la présence de ces vers dans le tube digestif détermine dans les fosses nasales une irritation réflexe qui les prédispose à l'infection. D'après cette théorie la maladie serait fort peu contagieuse, ce qui explique le petit nombre des cas observés dans la plupart des épidémies et la non contagiosité des méningites de cause traumatique.

Dans notre observation, l'infection a dû passer des sinus ethmoïdaux aux méninges, en suivant les espaces lymphatiques qui engaînent les nerfs et les vaisseaux perforants si abondants en ce point du crâne.

La fosse nasale droite, que mon confrère et ami NOQUET a bien voulu examiner avec moi quand l'état du blessé nous l'a permis, ne présentait que la trace à peine visible d'une contusion du cornet inférieur, au niveau de son bord libre ; la nature de l'accident et l'absence d'écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez rendent en outre une perforation de la lame criblée peu probable. Il y a donc eu, selon toute apparence, enfoncement des sinus ethmoïdaux, déchirure muqueuse et infection des espaces sous-muqueux se propageant rapidement jusqu'aux méninges.

RÔLE DE LA TRÉPANATION

On peut reprocher à la trépanation de laisser après elle une perte de substance irrémédiable, mais avec une petite couronne, cet inconvénient n'est pas bien grave. J'ai placé la couronne du côté droit parce que c'était le côté du traumatisme et que les douleurs de tête y étaient plus violentes ; je me proposais d'ailleurs d'en placer une seconde un peu en arrière de la première et de conduire de l'une à l'autre une mèche de cinq ou six crins de cheval pour assurer le drainage de la cavité arachnoïdienne ; on a vu pourquoi j'y avais renoncé. Dans les cas graves, sans localisation précise, je pense qu'il serait bon de trépaner des deux côtés.

Dans notre cas, le résultat le plus certain de la trépanation a été la suppression des douleurs, et l'on peut

(1) PRAGER. Med. Woch., 3 mai 1893.

se demander si le drainage a été pour quelque chose dans la guérison ; nous ne serons pas plus affirmatifs que le lecteur ; il nous semble, en effet, tout à fait évident que la désinfection d'une cavité aussi étendue que celle des méninges ne peut pas être obtenue par un simple drainage et ne se réalisera sans doute jamais que par la réaction lente de l'organisme lui-même; mais il en est des méninges comme de la plèvre et l'observation du malade nous fait penser que l'ouverture de la dure-mère a eu chez lui le même résultat que l'ouverture de la plèvre chez un pleurétique, décompression des organes, élimination des liquides septiques.

MOMENT DE LA TRÉPANATION

La trépanation nous paraît indiquée dès que le diagnostic de méningite aiguë est posé, car plus on retardera l'intervention, plus les désordres locaux et généraux seront accusés et plus son efficacité diminuera ; il semble, à priori, qu'elle doive être quelque chose comme le trépan préventif des anciens chirurgiens et, sans forcer l'analogie, nous pensons que nous aurions évité beaucoup de douleurs à notre blessé et sensiblement abrégé la durée de sa méningite si nous l'avions trépané suivant notre première inspiration, avant l'extension de l'inflammation aux méninges rachidiennes.

Nous ne pensons pas que l'unique observation sur laquelle repose ce travail nous autorise à nous étendre plus longuement sur les questions qu'elle soulève, et nous ne formulons qu'avec réserve et à titre d'indication les conclusions auxquelles nous nous arrêtons provisoirement, en attendant de nouveaux faits.

CONCLUSIONS

1° Le drainage des méninges est indiqué dès le début de méningites infectieuses aiguës.

2° Il agit d'abord sur l'élément douleur et ensuite sur l'infection locale.

3° Le crâne est le point d'élection pour ce drainage ; une petite couronne de trépan sur les pariétaux ou sur l'un d'eux seulement peut suffire.

Un cas de Pleurésie tuberculeuse récidivée,

Par le docteur **A. Deléarde**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille.
(Leçon clinique du concours d'agrégation)

Au numéro 9 de la salle Bouillaud, est couché un homme âgé de 41 ans, originaire de Bretagne, exerçant la profession de garçon de cuisine à Paris, où il habite depuis treize ans, entré à l'hôpital de la Charité le 14 février.

Les antécédents héréditaires du malade ne présentent rien de particulier, mais son passé morbide est marqué par une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu en 1892, et enfin, en novembre 1897, par une affection de l'appareil respiratoire qui fut diagnostiquée pleurésie par le médecin qui le soigna.

En effet, en novembre dernier, sans cause bien connue, notre malade ressentit un malaise général, il était mal en train et éprouvait beaucoup de peine à accomplir son travail. Cet état durait depuis une huitaine de jours environ lorsqu'il eut un frisson qui dura une demi-journée et un point de côté sous le mamelon gauche. Il dut cesser son travail et c'est à ce moment que le médecin, qu'il avait appelé près de lui, reconnut l'existence d'une pleurésie gauche. Celle-ci guérit sans thoracentèse, le traitement consista en l'application de deux larges vésicatoires dont on voit, du reste, encore la trace à la base du poumon gauche. Le malade put de nouveau vaquer à ses occupations, mais il remarqua que ses forces avaient beaucoup diminué, il était vite à court d'haleine et cette oppression augmentant peu à peu il dut cesser son métier. C'est alors qu'il entra à l'hôpital.

L'état général du malade est assez mauvais. La face est pâle, il avoue avoir beaucoup maigri, et de fait les membres sont un peu décharnés, les masses musculaires sont flasques. Les fonctions digestives sont pourtant conservées, l'appétit reste bon, pas de diarrhée ni de vomissements. La feuille de température n'indique aucune élévation thermique vespérale. Il se plaint seulement d'une perte de forces et d'une dyspnée qui se manifeste au moindre mouvement.

Les antécédents morbides, la gène respiratoire dont souffre cet homme attirent immédiatement l'attention du côté des poumons et nous allons passer en revue les différents symptômes que l'on relève à l'examen de ces organes.

Si vous venez à inspecter le thorax du malade, vous êtes immédiatement frappé par ce fait que toute la moitié gauche est immobile, tandis que la partie droite au contraire se soulève et s'abaisse régulièrement à chaque mouvement respiratoire ou expiratoire ; de plus si vous mesurez avec un cordon le périmètre thoracique dans chacune de ses moitiés, au niveau de la pointe de l'omoplate, vous constatez une aug-

mentation d'environ 1/2 cent. en faveur du côté droit ; le côté gauche est rétracté et immobile ; ce sont deux caractères importants qui vont nous être d'une grande utilité lorsque nous discuterons la nature de l'affection.

Passons à la palpation : abolition complète des vibrations thoraciques en avant comme en arrière dans les 2/3 inférieurs du poumon gauche jusqu'à la hauteur d'une ligne située à environ deux travers de doigt au-dessus de la pointe de l'omoplate. Au sommet, légère augmentation des vibrations. A droite rien d'anormal.

La percussion donne un son d'une matité absolue dans la région où la transmission des vibrations est supprimée ; l'espace de Traube est également mat. De plus le doigt percuté éprouve la sensation d'une résistance dure, ligneuse pour ainsi dire. A la partie supérieure du poumon gauche, dans la fosse sous-claviculaire, léger tympanisme sur une hauteur de quatre centimètres environ. En arrière, sonorité normale dans les fosses sus et sous-épineuses.

L'auscultation vient concorder avec les signes donnés par la palpation et la percussion. Le murmure vésiculaire est aboli et remplacé par un souffle expiratoire, aigrelet, que l'on entend surtout au niveau de la région de la pointe de l'omoplate. Si vous faites compter le malade à voix haute d'abord, puis à voix basse, l'oreille appliquée sur le thorax entend le retentissement vocal avec le caractère particulier de tremblement, le chevrotement qui lui a valu le nom d'égophonie et un chuchotement spécial que l'on a nommé pectoriloquiaphone. Au-dessus de la zone soufflante on entend une respiration rude avec quelques râles sous-crépitants assez gras dans la profondeur, qui augmentent lorsqu'on fait tousser le malade. Pas de frottements.

Le poumon droit est le siège d'une respiration complémentaire, vicariante comme on l'a appelée, puisqu'il est obligé de suppléer le poumon gauche comprimé et incapable de fonctionner.

Notons enfin une toux quinteuse, survenant par accès après les repas ou provoquée par les mouvements ; toux accompagnée d'une expectoration spumeuse aérée, grisâtre, légèrement gluante, mais non purulente.

La pointe du cœur est abaissée, elle bat dans le sixième espace intercostal dans le prolongement de la ligne mamelonnaire. Les battements sont sourds, sans bruits surajoutés. Nous ne pouvons délimiter la région cardiaque, la zone de matité pulmonaire rend cette recherche impossible.

Eh bien, Messieurs, maintenant que vous connaissez les différents symptômes locaux que présente notre malade, à quelle affection devons-nous les rattacher. Il me sera inutile, je crois, d'entrer dans de longs détails à ce sujet car vous avez reconnu les signes classiques d'une pleurésie. L'immobilité de la paroi thoracique, sa rétraction, la suppression des vibrations vocales, la matité absolue de la partie inférieure et le tympanisme du sommet du poumon gauche, le souffle expiratoire, l'abolition du murmure vésiculaire, l'égophonie et la pectoriloquie aphone sont en effet les caractères qui accompagnent les épanchements pleuraux. Une seule affection pourrait être confondue dans ce cas, c'est la spléno-pneumonie, mais la matité de l'espace de Traube qui manque toujours dans la maladie de Grancher plaide en faveur de la pleurésie.

C'est donc bien à une pleurésie que nous avons affaire. L'épanchement est-il séro-fibrineux, purulent ou hémorrhagique ? La régularité de la courbe thermique, l'absence d'œdème de la paroi, permettent d'éloigner le diagnostic de pleurésie purulente. La ponction seule nous dira si le liquide transsudé est séreux ou hémorrhagique.

Mais de quelle nature est cette pleurésie. Nous touchons ici, Messieurs, à une question importante, car elle aura à entrer pour une grande part dans l'étude du pronostic. Vous savez quelles sont les théories en cours, au sujet de la nature des pleurésies séreuses. Certains cliniciens, et en particulier M. Landouzy, prétendent que toutes les pleurésies séreuses *primitives* sont fonction de tuberculose, et dans une communication récente à l'Académie de médecine, M. Le Damany a démontré expérimentalement le bien fondé de cette assertion. Cet auteur a prouvé, par l'inoculation aux cobayes d'une grande quantité de liquide, que le bacille de Koch se rencontrait toujours dans l'exsudat des épanchements pleuraux, non accompagnés d'une lésion pulmonaire sous-jacente. Est-ce le cas pour notre malade ? Nous le croyons d'autant plus volontiers que certains caractères viennent corroborer les arguments invoqués par les partisans de la nature tuberculeuse des pleurésies séro-fibrineuses.

D'abord, le terrain sur lequel a évolué la pleurésie. Nous avons dit au début de cette leçon que le

malade exerçait la profession de garçon de cuisine; il commence son travail à 7 heures du matin et le termine, ainsi qu'il nous l'a avoué, à 9 heures du soir. Il passe ainsi la journée dans une salle mal éclairée, encore plus mal aérée, comme le sont en général les cuisines des restaurants parisiens. A un surmenage physique excessif vient donc s'ajouter une hygiène détestable et probablement aussi une alimentation insuffisante, peut-être des excès alcooliques. Il n'y a donc rien de surprenant que le bacille tuberculeux trouvant un terrain propice se soit introduit dans l'organisme de notre malade et se fixant sur la plèvre gauche ait amené une pleurésie. La clinique est également d'accord avec l'hypothèse de la nature tuberculeuse de l'épanchement. La récidivité de la pleurésie, c'est la deuxième depuis trois mois, son évolution lente, la rétractilité de la paroi et surtout l'amaigrissement, la perte des forces sont autant de signes qui appartiennent aux pleurésies tuberculeuses et il n'y a aucun doute que ce soit le diagnostic exact à appliquer à notre malade. L'examen des crachats ne nous a point décelé la présence du bacille de Koch, mais il faudrait répéter cet examen avant de pouvoir affirmer l'absence du microbe spécifique. L'inoculation au cobaye du liquide pleural s'impose également.

La nature tuberculeuse de cette pleurésie vient, comme vous le pensez bien, assombrir le pronostic qui doit être envisagé à deux points de vue.

La situation est-elle grave immédiatement ou dans un avenir plus ou moins éloigné? Quoique paraissant assez abondant, puisque l'espace de Traube a perdu sa sonorité normale et que la pointe du cœur est abaissée, l'épanchement ne gêne pas trop le malade et en lui faisant garder le repos au lit, il n'y a pas à craindre d'accidents à bref délai. Le liquide peut se résorber de lui-même, tout au moins en partie, et rendre le jeu au poumon gauche.

Quant au pronostic éloigné, il y a de grandes réserves à faire. Tout dépend de l'état du poumon gauche. Actuellement, il est difficile de se prononcer sur les lésions pulmonaires, à cause de la présence de l'épanchement. Le malade n'a jamais eu d'hémoptysie, est-ce un signe suffisant pour affirmer l'intégrité du parenchyme pulmonaire? Evidemment non. Les râles entendus à l'auscultation sont suspects et bien que l'expectoration ne se présente pas avec les caractères de l'expectoration tuberculeuse, on ne peut mettre exclusivement sur le compte d'une bronchite congestive les signes stéthoscopiques et les crachats de notre malade. C'est un sujet voué certainement à une tuberculisation plus ou moins rapide de l'appareil respiratoire.

Du pronostic découlera le traitement qui sera local et général. Si l'épanchement tend à augmenter, la thoracentèse s'impose et l'on pourra évacuer une partie du liquide. S'il reste stationnaire il faut avoir recours aux révulsifs pour essayer de le faire diminuer, les pointes de feu, la teinture d'iode, les emplâtres de papiers de moutarde seront appliqués largement. Point n'est besoin de faire une ponction trop hâtive, car vous savez avec quelle facilité le liquide des pleurésies se reforme.

Le traitement général sera avant tout reconstituant Avoir soin de conserver l'intégrité des fonctions digestives par l'administration de repas fréquents mais pas trop copieux, telle sera la première indication. L'alimentation se composera de viande crue, hachée ou mieux pulpée comme le conseille M. Grancher, et de substances grasses comme les mets préparés à l'huile, le beurre. L'huile de foie de morue sera à recommander.

Enfin en engageant le malade à changer de profession et à fuir Paris au plus tôt dès qu'il pourra quitter l'hôpital, vous aurez complété votre thérapeutique par un sage conseil.

Sur la présence d'un pigment spécial dans l'urine des saturnins (1)

par MM. les docteurs **Deroide**, professeur agrégé à la Faculté, et **Lecompt**, préparateur au Laboratoire des cliniques.

L'un de nous, dans une précédente note, a montré, en s'appuyant sur un travail de Saillet, paru dans la *Revue de Médecine*, en 1897, de quelles précautions il fallait s'entourer quand il s'agissait de rechercher l'urobiline dans l'urine. Eviter l'action oxydante de la lumière, séparer l'urobiline de son chromogène, les doser: telle doit être la conduite à tenir pour arriver à des résultats précis et pour éviter les erreurs qui ont dû nécessairement se produire, alors que l'action oxydante de la lumière solaire sur le chromogène de l'urobiline était encore inconnue.

C'est en appliquant cette méthode à la recherche de l'urobiline et du chromogène chez les saturnins, que

(1) Communication à la Société de biologie, séance du 2 avril 1898.

nous sommes arrivés à reconnaître dans les urines de ces derniers, la présence constante et pour ainsi dire pathognomonique, d'un pigment particulier, *l'urohématoporphyrine*.

Ce pigment est connu depuis un certain temps déjà, c'est celui que Mac-Munn a le premier décrit sous le nom d'urohématine et qu'il a trouvé dans quelques cas de rhumatisme et dans un cas de péricardite.

Depuis les recherches de Hoppe-Seyler, qui a établi très nettement l'identité chimique de l'hématoporphyrine, il a été reconnu que l'urohématine de Mac-Munn n'était autre chose que l'urohématoporphyrine et c'est sous ce dernier nom qu'on désigne généralement aujourd'hui ce pigment.

Voici, brièvement résumées, les propriétés chimiques et spectrales de ce pigment, tel que nous l'avons trouvé chez les saturnins. Les solutions du pigment dans l'alcool ou dans l'éther sont roses, avec reflets rouges, ou nettement rouges, suivant la concentration ; évaporées, elles donnent une poudre amorphe, rouge brune, soluble dans les acides, les alcalis, l'eau, l'alcool, l'éther ; nous l'avons trouvée presque insoluble dans le chloroforme. Ce pigment donne comme l'urobiline une fluorescence verte en solution ammoniacale zincique.

Les solutions acides, examinées au spectroscope, présentent trois bandes :

1°	λ	507	—	λ	486
2°	λ	556	—	λ	542
3°	λ	593	—	λ	590

En solution alcaline, on a quatre bandes :

1°	λ	507	—	λ	486
2°	λ	542	—	λ	530
3°	λ	580	—	λ	561
4°	λ	615	—	λ	612

Comme nous venons de le voir, cette urohématoporphyrine peut se rencontrer dans les urines de rhumatisants, de malades atteints de péricardite ; on l'a encore signalée dans quelques cas de cirrhose, de méningite, de chlorose et aussi chez des malades soumis à l'action du sulfonal ; mais nulle part on ne trouve sa présence signalée chez les saturnins.

En appliquant la méthode de Saillet à la recherche du chromogène de l'urobiline dans une urine de saturnin, c'est-à-dire en acidifiant légèrement l'urine avec l'acide acétique, et en l'agitant successivement deux fois avec son volume d'éther acétique, nous avons obtenu, en ajoutant quelques gouttes d'acide nitrique à l'éther décanté, une solution de couleur rose à reflets rouges qui, au lieu de nous montrer la bande unique de l'urobiline, nous montra les bandes caractéristiques de l'urohématoporphyrine en solution acide.

Nous avons examiné de la même façon les urines de tous les saturnins qui sont passés dans le service de médecine de l'hôpital de la Charité (professeur Combemale) et, sur neuf cas, nous avons trouvé neuf fois le même pigment.

Nous avons fait les mêmes recherches dans les urines d'ouvriers travaillant dans une fabrique de céruse, mais ne présentant aucun des symptômes de l'intoxication saturnine : dans l'urine de quatre ouvriers travaillant, le premier depuis plus de vingt ans, le second depuis un an, et les deux derniers depuis six mois, nous l'avons trouvé trois fois : seule l'urine d'un des ouvriers travaillant depuis six mois ne l'a pas donné.

En résumé, sur 13 personnes soumises à l'influence nocive du plomb, nous avons trouvé l'urohématoporphyrine douze fois.

Ces faits ont une valeur clinique indéniable et la recherche de ce pigment, si facile à trouver même avec un petit spectroscope de poche, peut jusqu'à un certain point servir à diagnostiquer le saturnisme dans un cas douteux. C'est pourquoi nous avons tenu à les signaler dans ce journal, qui va surtout aux praticiens.

FAITS CLINIQUES

Un cas d'intoxication par la belladone

par **M. Mouton**, interne des hôpitaux

Point n'est besoin d'insister longuement sur la fréquence des empoisonnements par la belladone. Cette plante, en effet, outre la grande toxicité de l'atropine, son principal alcaloïde, occupe une si large place dans l'arsenal thérapeutique, a des indications et des modes d'administration si divers, que les dangers d'intoxication s'en trouvent singulièrement accrus et facilités.

Reich (*Gaz. Méd. Liège*, 1892) cite un cas d'empoisonnement à la suite d'instillations d'un collyre à l'atropine en solution à 1/120e, chez un jeune homme de 17 ans, atteint de myopie progressive ; les instil-

lations n'avaient été pratiquées que pendant deux jours. Le Dr PLUYMERS, tout récemment (*Scalpel*, n° du 27 mars 1898), a observé un cas analogue. BURVENICH (*France Méd.*, 1892) rapporte un cas de mort à la suite d'instillations d'un collyre à 0,05 centigr. d'atropine pour 10 gr. d'eau, chez une fillette de 4 ans. BINTZ, de Berlin (*Indépendance Méd.*, 1895), à la suite d'une erreur commise par un médecin, qui croyait injecter de la morphine dans un cas de colique néphrétique, a vu une dose de 4 milligr. de sulfate d'atropine amener des troubles sérieux ; mydriase, sécheresse de la peau et de la gorge, lourdeur de tête. La belladone est encore incriminée dans les cas rapportés par GUEGUERSTEDTE (*Presse Méd.*, 1896) et par UNVERRICHT (*Indépendance Méd.* 1896) ; il s'agit ici encore d'erreurs thérapeutiques. EICHENBERGER, enfin (*Gazette Méd. Liège*, 1896) a noté un empoisonnement à la suite d'applications d'onguent belladoné.

Voici maintenant notre observation recueillie dans le service du professeur COMBEMALE.

L..., Emile, 29 ans. Entré le 10 mars dans la salle Ste-Madeleine pour toux et douleurs névralgiques.

Antécédents héréditaires : Père mort, à 46 ans, de tuberculose pulmonaire. Mère bien portante, âgée de 60 ans ; sœur de 24 ans également en bonne santé.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Variole dans le bas âge. Bien portant jusqu'au mois de janvier dernier, il contracte à cette époque un refroidissement, bientôt suivi d'une hémoptysie abondante. En même temps survenait une toux sèche, quinteuse, accompagnée de sueurs pendant la nuit. Le malade, disons-le de suite, est très nettement éthylique : il s'est livré, en effet, à une consommation considérable et prolongée de vins, de liqueurs et d'absinthe. Nous verrons plus loin l'importance de cette donnée étiologique.

Etat actuel. — Malade notablement amaigri, anorexique. Crachats puriformes, parfois striés de sang. Signes stéthoscopiques évidents de ramollissement tuberculeux au sommet droit en arrière, ainsi qu'au sommet gauche en avant.

Cœur normal. Pas d'albumine dans les urines.

La toux étant particulièrement pénible et l'expectoration abondante, il était logique de parer à ce double inconvénient par une médication à la fois calmante et anti-sécrétoire : aussi eut-on recours à la belladone.

On prescrivit la potion suivante :

Hydrastis canadensis.........	LX gouttes
Extrait de belladone..........	0,05 centig.
Sirop de capillaire...........	30 gr.
Julep........................	q. s.

A prendre dans les 24 heures.

Cette potion fut prise deux jours : le malade absorba donc dix centigr. d'extrait de belladone quand éclatèrent des phénomènes d'intolérance. A la visite, on apprit par les voisins de lit du malade que ce dernier, en proie à une vive agitation, avait, toute la nuit précédente, crié, chanté, vociféré, comme un homme pris de boisson. Cette surexcitation, le malade en avait eu une vague conscience : elle avait du reste disparu dès le matin.

A la visite, les pupilles étaient fortement et également dilatées et l'accommodation troublée expliquait les troubles visuels accusés par l'individu. Il existait également une sécheresse assez vive de la gorge, rendant pénible la déglutition. « J'ai le gosier comme resserré, disait le malade ». Même sensation à la peau, notre homme ne pouvant plus que difficilement rouler une cigarette. A noter encore une diarrhée survenue avec l'ingestion du médicament. Pouls battant 96, régulier. Pas d'incoordination de la marche. La médication fut supprimée et tout rentra dans l'ordre.

VARIÉTÉS

La Chine et l'encombrement de la profession médicale

Depuis plusieurs dizaines d'années, les missions protestantes ont implanté en Chine un assez grand nombre de médecins. Ceux-ci, outre qu'ils dirigent des bazars qui sont en général très bien organisés, s'imposent aussi comme tâche de dresser des Chinois à l'exercice de l'art médical. Il semble que jusqu'alors ils n'aient rencontré qu'un nombre restreint de prosélytes. Il n'existe pas, dans toute la Chine, Hongkong excepté, cinq localités qui comptent plus de 10 Chinois s'adonnant à l'étude de la médecine sous la direction de médecins européens.

La Chine, qui inonde l'Amérique, et d'autres pays, de travailleurs qui défient toute concurrence eu égard au bas prix de la main-d'œuvre, pourra donc servir à son tour de déversoir aux pays civilisés qui souffrent de la pléthore médicale.

Le massage militaire.

Le Reichstag allemand vient de voter un crédit de 3.000 marks (3.750 francs), pour être destinés à faciliter le perfectionnement des médecins militaires dans la pratique du massage. Cette innovation complète de la façon la plus heureuse la suppression de la schlague, qui est de date assez récente.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le docteur DELÉARDE est délégué, par arrêté rectoral, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de bactériologie jusqu'au 31 octobre 1898.

Le docteur E. DEZWARTE, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, vient d'être appelé aux fonctions de

médecin-adjoint à l'asile de Clermont, de l'Oise. A son entrée dans la carrière, nous adressons à notre confrère, élève distingué de notre Faculté, nos meilleurs souhaits pour son avenir.

— M. Th. Barrois, notre sympathique collègue, vient de faire don au musée archéologique de la Faculté des lettres de trois têtes antiques en marbre, qu'il a rapportées de Palmyre.

— M. le docteur H. Fockeu, chef des Travaux pratiques d'Histoire naturelle à la Faculté, vient d'obtenir de la Société des Sciences de Lille, le prix Kulhmann d'une valeur de 1.000 fr. pour l'ensemble de ses travaux.

Nous adressons nos plus sincères félicitations à notre distingué confrère.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. C.-M. Lecompt, licencié ès-sciences physiques et naturelles, aide-préparateur du laboratoire des cliniques, de Vendegies-sur-Écaillon (Nord), a soutenu le jeudi 31 mars, sa thèse de doctorat (5e série, n° 73) intitulée : **Contribution à l'étude des pigments hématiques : urobiline et urohématoporphyrine**.

— M. F.-C.-A. Devauchelle, interne des hôpitaux de Lille, de l'Étoile (Somme), a soutenu le jeudi 31 mars, sa thèse de doctorat (5e série, n° 72) intitulée : **Le diagnostic bactériologique dans la pratique médicale courante.**

— M. F.-C. Faré, de Vouvray (Indre-et-Loire), a soutenu le samedi 2 avril, sa thèse de doctorat (5e série, n° 74) intitulée : **Contribution à l'étude de la stomatite ulcéro-membraneuse.**

— M. E.-B.-J. Verbèke, de Petite-Synthe (Nord), a soutenu le samedi 2 avril, sa thèse de doctoral (5e série, n° 75) intitulée : **Érythèmes scarlatiniformes dans les suites de couches.**

CONCOURS D'AGRÉGATION *(chirurgie et accouchements)*

Les questions suivantes sont sorties pour l'épreuve de trois quarts d'heure après trois heures de réflexion :

MM. Wallich (Paris), Indications de l'application du forceps ;
Potocki (Paris), Des vomissements pendant la grossesse ;
Lepage (Paris), Influence des troubles fonctionnels du foie sur la marche de la grossesse ;
Bouffe de Saint Blaise (Paris), Cancer de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement ;
Fieux (Bordeaux), Influence des troubles fonctionnels du rein sur la marche de la grossesse.

Le Président de la République a reçu récemment MM. Lannelongue et Chauffard, qui, en leur qualité de président et de secrétaire général du **Congrès international de médecine** qui doit se tenir à Paris en 1900, étaient venus demander au chef de l'État de vouloir bien présider la première séance de ce Congrès. M. F. Faure a accepté cette invitation.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Lebled, de Paris ; Lacaille, de Paris.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

12e SEMAINE DU 20 AU 26 MARS 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	4
3 mois à un an	7	4
1 an à 2 ans	3	5
2 à 5 ans	3	3
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	8	7
40 à 60 ans	8	15
60 à 80 ans	12	14
80 ans et au-dessus	»	5
Total	53	59

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	11	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	1	»	»	»	»	1	3	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	11	12
Moulins, 24,947 hab.	»	4	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	5	15	17
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	2	1	4	»	»	2	1	»	»	»	»	3	15	25
Vauban, 20,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	8	14
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	4	1	2	»	1	3	»	»	1	1	»	9	24	12
Esquermes, 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	5	8	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	1	»	1	5	8
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	4	11	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	4
Total	»	7	»	1	»	»	»	6	18	9	10	»	1	15	1	»	2	2	»	40	112	123

N° 65. Deuxième Année, N° 15. Le Numéro : **10** centimes. 10 Avril 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25 rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : De la saccharine comme antiseptique intestinal, par le docteur **Descheemaeker.** — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et du traitement des kystes du pavillon de l'oreille, par le docteur **H. Gaudier.** — FAITS CLINIQUES : Éruption purpurique chez un catarrheux pulmonaire, par M. **Mouton.** — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie des sciences**, M. GAUTIER indique une méthode de dosage de l'oxyde de carbone dilué d'air par l'anhydride iodique. MM. POTAIN et DROUIN recommandent pour la même recherche le chlorure de palladium.

*** M. BABÈS donne le résultat de ses recherches sur le traitement de la rage par l'injection de substance nerveuse normale. Ces injections augmentent la propriété que possède normalement la cellule nerveuse de détruire et de résister au virus rabique. Si l'infection n'est point trop virulente, on peut obtenir la guérison.

A l'**Académie de médecine**, M. HAYEM lit un rapport sur la statistique de M. TUFFIER concernant ses interventions sur l'estomac. L'auteur, bien qu'il trouve la statistique remarquable, considère que la gastro-entérostomie est une affection grave, et qu'on ne doit pas la pratiquer à la légère. Le chirurgien, avant d'intervenir, doit faire le diagnostic de la sténose, et autant que possible de la variété. L'intervention n'est rationnelle que dans les cas de sténose complète, ou quand le traitement médical a échoué dans les sténoses moyennes. Il ne faut pas oublier que nombre des malades qui souffrent de l'estomac sont neurasthéniques et hypocondriaques. Chez ces malades il ne faut pas abuser des interventions sanglantes.

*** M. HERVIEUX soumet un vœu tendant à ce que la vaccination soit obligatoire dans les colonies.

*** M. CHIPAULT relate les observations de deux malades atteints d'épilepsie, dont les crises ont complètement disparu depuis qu'il leur a pratiqué la résection des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique. Mais ces observations ne datent, l'une que du mois de février, l'autre du mois de mars dernier.

A la **Société de chirurgie**, la discussion revient sur les psychoses post-opératoires.

Pour M. REYNIER, l'opération n'engendre jamais la folie de toutes pièces, il faut une tare cérébrale antérieure. M. MONOD cite trois cas observés dans sa pratique.

D'après M. SEGOND, le problème est très complexe. Il faut distinguer les psychoses dues à n'importe quelle intervention des psychoses survenant après la castration. La suggestion soit du médecin, soit de l'entourage, joue un grand rôle dans la production des troubles psychiques. La question du terrain est également importante à considérer. La conclusion de l'auteur est que dans la détermination des troubles mentaux l'entourage est bien plus coupable que le chirurgien, ou bien que si celui-ci fabrique des folles, ce sont des folles préopératoires

*** M. LEJARS lit un rapport sur une communication de M. BUFFET. Il s'agit d'une femme présentant un corps fibreux volumineux de la lèvre postérieure du col utérin, prolabé et sphacélé. L'auteur fit une hystérectomie partielle, avec succès. La tumeur pesait 3 kil. 300.

M. ROUTIER a observé deux cas analogues.

M. QUÉNU revient sur les indications et le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. Il emploie la voie vaginale quand la tumeur ne dépasse pas trois travers de doigt au-dessus du pubis. Cependant l'étroitesse du vagin, chez les vierges, la sclérose sténosante des femmes âgées peuvent être des contre-indications.

M. DELAGENIÈRE propose un nouveau mode de drainage de la cavité péritonéale. L'auteur se sert d'un tube de métal, dans lequel plonge une mèche de coton qui agit à la façon de la mèche d'une lampe à alcool.

A la **Société de Biologie**, MM. WIDAL et SICARD donnent les résultats de leurs recherches comparatives sur le phénomène de l'agglutination en culture filtrée et en culture bacillaire. On sait que les cultures filtrées peuvent encore donner par l'addition de serums actifs, le phénomène de l'agglutination, mais d'une façon inconstante. D'après ces auteurs, il n'y a aucune relation entre le pouvoir agglutinatif d'un sérum sur une culture filtrée et le pouvoir agglutinatif de ce même sérum sur les corps bacillaires.

La présence d'un corps bacillaire quelconque est incapable d'augmenter la puissance d'agglomération, ce qu'il faut c'est le corps bacillaire spécifique. Les bacilles, pour s'agglutiner n'ont nul besoin d'être enrobés par la matière agglutinable qu'ils ont laissé diffuser. Celles qu'ils détiennent suffit à la production du phénomène.

*** MM. GILBERT et GARNIER ont essayé le traitement opothérapique de la chlorose par la moelle osseuse. Les résultats obtenus ont été à peu près nuls, et nullement comparables à ceux obtenus avec le fer.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. LAUNOIS présente un malade atteint d'adéno-lipomatose symétrique. Il s'agirait, d'après l'auteur d'une lymphadénie glanglionnaire à forme lipomateuse.

Mais d'après M. HAYEM, le diagnostic ne pourrait être éclairé que par un examen anatomo-pathologique.

MM. GALLIARD et NORELY relatent l'observation du malade atteint d'arthrite pneumococcique du poignet, consécutive à une pneumonie. Dans le pus, on ne trouva d'autres bactéries que le pneumocoque de Talamon-Frankel.

M. PERRON communique l'observation d'un enfant atteint de scarlatine apyrétique.

D'après M. LEMOINE, l'existence de ces faits est bien établie, leurs conséquences peuvent être graves, si le médecin les méconnaît, tant au point de vue de la néphrite, qu'au point de vue de la contagion.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. MOUTON, interne des hôpitaux, au nom du professeur COMBEMALE, présente un utérus présentant un ligament supplémentaire, inséré en son sommet d'un côté, et de l'autre à la paroi abdominale antérieure, un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il s'agit là d'une rareté anatomique.

*** M. le docteur LAMBRET rapporte l'histoire d'une malade opérée par lui dans le service du professeur FOLET : cette femme fait une perte ; depuis, l'état général est mauvais, elle souffre ; il existe dans le cul-de-sac postérieur une tumeur liquide. Incision de cette poche. On rencontre une hématocèle, et au milieu des caillots, un fœtus *vivant* de trois mois environ. Il s'agissait d'une grossesse extra-utérine rompue aux environs de deux mois, suivie d'hématocèle, et accompagnée d'expulsion de caduque, prise par le médecin pour un fœtus. Le fait curieux réside dans la vitalité du fœtus.

*** M. GAUDIER donne lecture d'une note relative à une conception pathogénique des kystes du pavillon de l'oreille.

*** M. COMBEMALE fait une communication sur le traitement du diabète par la levure de bière. C'est une méthode déjà ancienne, sans d'ailleurs qu'on connaisse sa façon d'agir. Les malades en prennent deux à trois cuillers par jour, sans changer en rien leur régime ordinaire.

Un malade du professeur COMBEMALE, prise à 85 gr. de sucre, tombe à 21 gr. et se maintient depuis entre 20 et 25, avec un excellent état général et recouvrement des forces ; ce qui est l important pour un diabétique.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la saccharine comme antiseptique intestinal

par le docteur **Descheemaeker**

Presque toutes les substances antiseptiques solubles ou insolubles dont la toxicité est assez faible

pour permettre l'ingestion, ont été essayées par les médecins pour faire l'antisepsie du tube digestif.

Serres et Becquerel se servaient du calomel et du sulfate noir de mercure ; on donnait également du chlore et de l'iode ; Semmola et Pauli prescrivaient les sulfites et les hyposulfites ; Pécholier vantait la créosote ; Déclat, l'acide phénique ; les phénols et l'acide borique enfin étaient couramment administrés. Les résultats que donnèrent ces médications furent médiocres : la plupart étaient trop irritantes pour les voies digestives ou produisaient par leur emploi prolongé quelques effets toxiques.

M. le Professeur Bouchard, qui peut être considéré comme le promoteur de l'antisepsie intestinale, avait essayé tout d'abord, pour faire l'antisepsie de l'intestin, l'acide phénique, la créosote, l'acide salicylique ; mais ces essais ne lui donnèrent pas les résultats qu'il en attendait. Il montra alors que l'antiseptique intestinal devait être : 1° insoluble pour qu'il puisse exercer son action sur toute la longueur de l'intestin ; 2° pulvérulent pour se mêler à toute la masse des matières contenues dans l'intestin ; 3° pris à petites doses souvent répétées, pour empêcher la repullulation des germes.

Aujourd'hui, les substances chimiques, employées comme antiseptiques de l'intestin, sont encore relativement nombreuses, non pas qu'elles aient chacune une valeur spécifique contre tel ou tel microbe saprophyte ou pathogène qui peut exister dans l'intestin (on comprendrait alors la nécessité de cette pluralité) ; mais parce que les expérimentateurs ont essayé tel ou tel antiseptique, en ont obtenu de bons résultats et le préconisent.

M. Bouchard, nous l'avons dit, avait requis l'insolubilité comme propriété fondamentale d'un bon antiseptique intestinal ; cependant nombre de médecins emploient encore la liqueur de Van Swieten, l'eau oxygénée, l'eau chloroformée, l'eau sulfo-carbonée.

Néanmoins, on donne le plus couramment les antiseptiques insolubles : le naphtol, le salol, le benzonaphtol, le salicylate de bismuth, le dermatol, le salinaphtol.

A côté d'eux, ont pris rang dans la thérapeutique des maladies de l'intestin d'autres antiseptiques nouveaux tels que le bromol (Rademaker et de Louisville); l'acide lactique (Hayem) ; le carbonate de camphre (Soulier) ; le térébène (Maclèan) ; le benzoate de soude (Huchard et Robin) ; enfin la saccharine (Constantin Paul).

Cette dernière substance était recommandée par Drasche de Vienne à la dose de un à deux gr. par jour, dans le traitement des catarrhes gastriques, dyspeptiques et intestinaux. D'après quelques auteurs, la dose maxima par jour ne doit pas dépasser dix centigrammes, mais cette dose semble trop infime pour pouvoir encore avoir quelqu'action microbicide sur les germes de l'intestin. Ce corps, doué d'un pouvoir sucrant très considérable, aurait pu être utilisé dans l'industrie ; mais il a été proscrit comme aliment dans la plupart des pays. Cette prohibition, surtout d'ordre économique, n'atteint pas son emploi en thérapeutique. Le comité consultatif d'hygiène a prononcé en ce sens, en 1893, et a reconnu que ce produit pouvait rendre en médecine de réels services. D'ailleurs, Stutzer, Mosse et Aducció, Sckalmowski ont étudié l'action de la saccharine sur l'organisme animal : la saccharine est éliminée en nature par les selles et par les urines et n'a aucune action fâcheuse sur l'économie.

Worms, au contraire, dans une communication, faite en avril 1888 à l'Académie de médecine, dit que la saccharine n'est pas toujours bien supportée par tous les estomacs, qu'elle produit de l'inappétence et donne parfois la sensation de pesanteur gastrique.

Prévenu de l'action fâcheuse que ce médicament pouvait exercer sur le tube digestif, nous avons interrogé en ce sens les malades qui ont bien voulu se prêter à nos expériences et jamais nous n'avons eu à enregistrer aucun malaise imputable à l'emploi de cet antiseptique. Il est vrai que ce ne fut pas la saccharine réelle, la saccharine insoluble que nous avons employée ; mais une saccharine soluble dans l'eau et dans tous les liquides aqueux tels que le lait, le vin ou la bière. Cette saccharine ou saccharine Monnet n° 3, est un saccharinate de soude qui contient néanmoins 90 °/₀ de saccharine pure.

Dans les expériences que nous avons entreprises sur les animaux et sur l'homme, nous ne nous sommes pas occupé de la toxicité urinaire et de la toxicité fécale, dont la corrélation avec les phénomènes putrides qui se passent dans l'intestin, peut, depuis les mémorables travaux de M. Bouchard, servir à déterminer la valeur d'un antiseptique de l'intestin ; nous avons eu seulement pour objectif de rechercher si la diminution rapide des ferments intestinaux pouvait être obtenue par l'emploi quotidien de la saccharine.

Connaissant la quantité de germes que contient un milligramme de fèces avant la prise de l'antiseptique, il était fort facile de se rendre compte de l'action de cette substance, en faisant à plusieurs reprises, pendant la période de traitement, la numération des microbes contenus dans le même poids de matière fécale.

Nos expériences ont porté d'abord sur le lapin et ensuite sur l'homme sain et sur l'homme malade.

Voici le mode opératoire que nous avons suivi chez le lapin.

Nous prenons deux lapins d'un poids connu et nous les plaçons ensemble dans une cage sans litière, pourvue d'un fond en toile métallique. Tous les jours, pendant deux semaines, et une fois par vingt quatre heures, nous leur faisons ingérer un ou deux grammes de l'antiseptique. Une heure après, dans une mangeoire stérilisée, nous leur donnons un seul repas composé alternativement de pain, d'avoine cuite à l'autoclave, de carottes et de pommes de terre également stérilisées à l'autoclave. Nous pesons, chaque jour, la quantité d'aliments qui leur est donnée et, le lendemain, deux heures environ avant l'ingestion de l'antiseptique, on leur retire la mangeoire qu'on reporte sur la balance pour connaître le poids d'aliments absorbés. Chaque jour, nous notons l'état des excréments, et tous les cinq jours, nous pesons rigoureusement nos animaux avant le repas.

En commençant l'expérience, nous faisons la numération des germes contenus dans un milligramme d'excréments, et nous répétons cette numération tous les cinq jours.

Pour éviter toute erreur pouvant résulter de la contamination par les germes de l'air ambiant, ou par le piétinement des animaux, nous avons toujours pris soin d'opérer nos prélèvements pour l'analyse, dans la partie centrale d'un bloc de fèces.

Nous triturons dans un verre conique, 10 centigr. de matière fécale dans 10 c. c. d'eau stérile. Dans un second verre stérilisé, nous diluons 1 c.c. de cette liqueur dans 9 c.c. d'eau stérile. Enfin dans un troisième verre contenant 9 c.c. d'eau stérile, nous portons 1 c.c. de cette deuxième solution. Nous avons ainsi une dilution au millième.

Avec une pipette de 1 c.c. dont le volume en gouttes a été déterminé au préalable, nous ensemençons d'une seule goutte un tube de gélatine fondu, que nous versons dans une boîte de Pétri. Nous portons ensuite cette boîte à l'étuve à 20°, et, au 5e jour, nous comptons les colonies qui s'y sont développées. D'abord, les colonies de microbes autres que le bactérium coli, ensuite les colonies de coli bacille.

Dans la numération de celles-ci nous sommes certainement toujours restés en deçà de la vérité, car nous n'avons fait entrer en ligne de compte que les colonies dont l'aspect macroscopique ne laissait aucun doute sur leur nature coli bacillaire, c'est-à-dire les colonies en points ou étendues, translucides et irisées à la lumière réfléchie.

Nous allons exposer dans des tableaux d'ensemble les expériences faites avec cet antiseptique. Nous avons cru bien faire de relater nos expériences, chez l'animal, sous forme de tableaux concis qui permettent, d'un seul coup d'œil, d'embrasser toute une expérience.

Expérience I

Dates	Doses	Poids - Lapins		Aliments	Quantité donnée	Quantité laissée	Quantité absorbée	Excréments	Nombre dans un milligr. de matières		
		Gris I	Gris II						de Colonies	de bact. coli	Total
9 Mars	1 gr	1.680	1.810	Avoine	350	330	20	Solides	10 060	1810	11.870
10 »	1 »			P. de terre	400	50	350	»			
11 »	1 »			Avoine	300	130	170	Mi-durs			
12 »	1 »			Carottes	600	»	600	Solides			
13 »	1 »	1.710	1.850	Avoine	420	255	165	»	6.240	600	6.840
14 »	1 »			Avoine	255	50	205	»			
15 »	1 »			P. de terre	700	120	580	»			
16 »	1 »			Avoine	200	45	155	»			
17 »	1 »	1.930	1.850	Carottes	960	350	610	»	4.660	570	5.230
18 »	2 »			Avoine	250	»	250	»			
19 »	2 »			P. de terre	1.300	490	810	»			
20 »	2 »			Avoine	400	250	150	»			
21 »	2 »			Avoine	150	»	150	»			
22 »	2 »	2.010	1.865	P. de terre	1 050	440	610	»	3.280	120	3.400
23 »	2 »			Avoine	710	500	250	»			
24 »	2 »			Carottes	870	430	410	»			
25 »	2 »			P. de terre	1 100	360	740	»			
26 »	2 »			Avoine	750	640	110	»			
27 »	2 »			P. de terre	1 100	340	760	»			
28 »	2 »			Avoine	640	570	70	»			
29 »	2 »	1.930	1 860	Avoine	750	620	130	»	3 220	80	3 300

Expérience II

Dates	Doses	Poids - Lapins		Aliments	Quantité donnée	Quantité laissée	Quantité absorbée	Etat des excréments	Nombre dans un milligr. de matières		
		Blanc	Gris						de Colonies	de bact. coli	Total
16 Juin	2 gr.	1.990	1.800	P. de terre	1.140	700	440	Durs	12.000	8600	20.600
17 »	2 »			Avoine	450	200	250	»			
18 »	2 »			P. de terre	1.050	550	500	»			
19 »	2 »			Avoine	480	240	240	»			
20 »	2 »			Pain	350	»	350	»			
21 »	2 »	1.920	1.700	P. de terre	1.200	700	500	»	10 480	2400	12.880
22 »	2 »			Avoine	400	200	200	»			
23 »	2 »			P. de terre	1.000	490	510	»			
24 »	2 »			Avoine	350	180	170	»			
25 »	2 »	2.250	1.860	P. de terre	1.000	350	650	»	8.400	220	8.620
26 »	2 »			Avoine	370	180	190	»			
27 »	2 »			Pain	250	»	250	»			
28 »	2 »			Avoine	360	190	170	»			
29 »	2 »			P. de terre	1.100	390	710	»			
30 »	2 »	2.200	1 780	Avoine	350	190	160	»	960	100	1.060

Expérience III

Dates	Doses	Poids - Lapins		Aliments	Quantité donnée	Quantité laissée	Quantité absorbée	Etat des excréments	Nombre dans un milligr. de matières		
		Roux	Noir						de Colonies	de bact. coli	Total
30 sept.	1 gr	2.360	2.410	P. de terre	1.150	640	510	Solides	9.010	170	9.180
1 Oct.	1 »			Avoine	430	210	220	»			
2 »	1 »			Pain	175	15	160	»			
3 »	1 »			P. de terre	1.200	460	740	»			
4 »	1 »	2.320	2.350	Avoine	440	150	290	»	2.250	30	2.280
5 »	1 »			P. de terre	1.150	460	690	»			
6 »	2 »			Pain	200	»	200	»			
7 »	2 »			Avoine	400	140	260	»			
8 »	2 »	2.300	2.300	P. de terre	250	»	250	»	1 140	60	1.200
9 »	2 »			P. de terre	1.100	350	750	»			
10 »	2 »			Pain	300	20	280	»			
11 »	2 »			Carottes	1.100	350	750	»			
12 »	2 »			Avoine	150	»	150	»			
13 »	2 »			P. de terre	1.100	330	770	»			
14 »	2 »	2.350	2 630	Avoine	200	20	180	»	970	20	990

Après ces expériences sur les animaux, nous avions à étudier l'action de la saccharine sur l'homme à qui nous l'avons administrée à la dose journalière de un ou de deux grammes.

Observation I. — D..., E..., 34 ans, chaudronnier, homme de robuste constitution, est entré dans le service de M. le professeur Combemale, le 1er septembre 1897, pour des douleurs d'estomac. Il présentait tous les symptômes de l'ulcère stomacal : on le met alors au régime lacté absolu et au traitement par les alcalins à haute dose.

Une amélioration sensible s'étant produite dans son état, on lui permet le régime ordinaire ; mais le 5 octobre, une diarrhée abondante paraît chez lui.

Le 7 octobre, on lui supprime le bicarbonate de soude et on lui donne deux cachets de un gramme chacun de saccharine, qu'il prend deux heures environ avant les deux repas principaux.

Du 7 au 18 octobre, le malade prend ainsi chaque jour deux grammes de saccharine et ses selles sont bientôt moins fréquentes. Mais le 10 octobre, le malade se plaint de vives douleurs au niveau du creux épigastrique, douleurs surtout prononcées après les repas.

Le 14 octobre, les douleurs intolérables sont calmées par des injections de morphine et le régime ordinaire de l'hôpital est remplacé par le régime lacté absolu.

Les douleurs se calment alors probablement sous l'influence de ce régime et le 18, nous cessons de donner au malade de la saccharine.

Voici les résultats que nous ont fournis les cultures par milligramme de matière fécale.

			Germes divers	Bact. Coli	= Total
Avant traitement	7	octobre	307.800	12.670	320.470
Traitement et Régime ordinaire	10	»	241.900	12.550	254.470
	14	»	214.420	8.860	223.280
Traitement et Régime lacté	16	»	105.840	1.700	107.540
	18	»	94.680	1.340	96.020
3 jours après cessation du traitement	21	»	268.240	29.400	297.640

Dans cette expérience, le régime lacté semble avoir ajouté son action à celle de la saccharine. Sous son influence, la courbe des bactéries est descendue d'une façon sensible.

Nous voyons également que la flore bactérienne remonte rapidement à son taux primitif après cessation de l'antiseptique.

Observation II. — D..., J.-F., âgé de 25 ans, maçon, salle Ste-Madeleine, n° 5, entre à l'hôpital pour entérite aiguë. Nouvellement libéré du service militaire, il avait accompli ce service dans l'arme de l'infanterie de marine et l'année dernière, alors qu'il était dans la Guyane Française, il eut deux attaques de dysenterie.

Le 6 octobre, il est pris subitement de coliques intenses et d'une diarrhée profuse : le malade a une vingtaine de garde-robes très liquides pendant la journée.

Il est mis au régime lacté absolu et prend deux cachets de saccharine de un gramme, l'un entre 9 et 10 heures le matin, l'autre le soir vers 5 heures.

Les selles diminuent progressivement mais les coliques restent très vives, pendant les journées des 6, 7 et 8 octobre.

Elles commencent alors seulement à s'atténuer peu à peu pour disparaître complètement le 1[?] octobre.

Du 7 au 14 octobre, le malade prit deux grammes de saccharine. Voici les résultats obtenus par l'analyse bactériologique :

			Germes divers	Bact. Coli	= Total
Avant traitement	7	octobre	153 900	12 540	166.440
Pendant traitem' avec Régime lacté	10	»	11.520	1 560	13.080
	12	»	13 000	1 210	14.210
	14	»	10.250	1.500	11.750

Observation III. — N..., C..., peintre en bâtiments, salle Ste-Catherine 8, entre pour coliques et paralysies saturnines des extenseurs des doigts avec des tremblements des deux mains.

Le malade a en outre une constipation opiniâtre.

Son traitement consiste dans la prise, le matin à jeûn, de 100 gr. d'huile d'olives et le malade ne prend qu'un seul repas par jour ; son alimentation est complétée par du lait.

Le 7 octobre, il prend un gramme de saccharine et absorbe la même dose de cet antiseptique jusqu'au 13 octobre, date de sa sortie de l'hôpital.

Les ensemencements des fèces de ce malade nous ont donné les nombres ci-après de bactéries contenues dans un milligr. de matière.

				Germes divers	Bact. Coli	= Total
Avant	traitement	7	octobre	207.360	19 610	226.970
Pendant	»	10	»	136.080	29 190	165 270
»	»	13	octobre	31.500	5.220	36.720

Observation IV. — B..., J..., 48 ans, tourneur, salle Ste-Odile, n° 4, est un emphysémateux et un bronchitique.

Le 9 octobre, le malade se refroidit et une diarrhée profuse s'installe chez lui.

Le 10, il a quatorze selles : on lui donne un gramme de saccharine qu'il prend le soir vers trois heures.

Jusqu'au 14, c'est-à-dire pendant trois jours le malade prend un gramme de l'antiseptique et ces trois doses suffisent pour faire baisser le nombre des bactéries contenues dans un milligramme de matière fécale de 450 540 à 205.080 germes.

Nous aurions continué de donner de la saccharine à ce malade, si le 14, celui-ci ne s'était pas refusé à prendre encore de cet antiseptique. Un cachet s'était rompu dans la bouche du malade et cet accident fut très pénible pour celui-ci. Pendant deux jours, il eut dans la bouche un goût tellement sucré qu'il confinait à l'amertume. Il but alors les boissons qui lui étaient destinées et celles de ses voisins et ne put qu'à grand'peine faire disparaître ce goût.

Observation V. — D..., L..., 48 ans, tisserand, est en traitement dans la salle Ste-Catherine, n° 5, pour pleurésie purulente droite qui s'est fait jour à l'extérieur par deux orifices fistuleux. Cet homme,

affaibli par la suppuration, a des alternatives de constipation et de diarrhée.

Le 7 octobre, la diarrhée paraît chez notre malade ; il prend alors chaque jour, jusqu'au 18, un gramme de saccharine.

Une phase de constipation succède bientôt à cette diarrhée ; et le malade réclame une purgation. 40 grammes de sulfate de soude lui sont donnés le 17 octobre.

Les ensemencements des fèces ont donné les résultats suivants :

		Germes divers	Bact. Coli	= Total
Avant traitement	7 octobre	202.500	36.900	239.400
Pendant »	10 »	241.500	18.970	260.470
Pendant traitement et après purgation	18 »	19.500	2 500	22 000

Observation VI. — S..., J..., 31 ans, charbonnier, en traitement pour une affection neuro-trophique consécutive à un accident survenu quatre années auparavant.

Quant aux fonctions gastriques et intestinales, elles furent toujours normales chez ce malade qui a bien voulu se prêter à nos expériences pour nous permettre de connaître de l'action de la saccharine dans un intestin sain.

Les ensemencements en plaque de Pétri, faits pendant le cours de l'expérience, ont donné les résultats ci-après :

		Germes divers	Bact. Coli	= Total
Avant traitement	7 octobre	82.620	8.910	91.530
Pendant »	10 »	105.300	8.620	113.920
»	15 »	90.720	5.880	66.600
»	18 »	6.700	1.200	7.900

Les expériences que nous venons d'exposer, nous obligent à reconnaître que la saccharine que nous avons employée, peut prendre rang parmi les meilleurs antiseptiques de l'intestin. Chez l'homme comme chez le lapin, elle a donné des résultats constants. Dans toutes les expériences, les germes ordinaires de l'intestin et surtout ceux de bacterium coli commune, ont vu leur nombre baisser considérablement. L'usage de cet antiseptique a été très bien supporté par les malades, et l'analyse de leurs urines, faite journellement, ne nous a jamais permis de déceler aucune trace d'albumine, ni aucun produit anormal, et le taux de l'urée resta sensiblement le même pendant tout le cours de l'expérience.

Si le malade de l'observation IV eut pendant deux jours cette sensation gustative pénible que connaissent bien tous ceux qui ont manié ce produit, cela tient simplement à ce fait que le cachet s'était rompu dans la bouche.

Jamais les autres malades n'ont accusé un goût sucré après l'ingestion de la saccharine en cachets.

Quant à la sensation de barre à l'estomac qu'a éprouvée le malade de l'observation I, au début de ses prises de saccharine, elle ne doit pas, croyons-nous, être imputée au médicament; le malade était déjà antérieurement sujet à des accès gastralgiques répétés qu'on dut combattre à plusieurs reprises par des injections de morphine.

L'observation I nous prouve également que le régime lacté augmente encore l'action microbicide des antiseptiques.

Gilbert et Dominici ont d'ailleurs indiqué l'influence qu'a le régime lacté sur l'asepsie des voies digestives. Chez un adulte, dont les fèces contenaient 67.000 germes par milligramme, dès le premier jour de la mise au régime lacté, le chiffre des bactéries tombe à 14.000, le troisième jour à 5.000 et le cinquième jour à 2.220. L'action du régime lacté s'ajoute donc à celle de l'antiseptique, aussi le lait doit-il dorénavant prendre une large part dans la réalisation de l'antisepsie intestinale.

Ces faits nous expliquent aussi les heureux effets obtenus par le régime lacté dans les diarrhées infectieuses, particulièrement dans celles des pays chauds, et dans les affections des reins et du foie.

De ces faits et des expériences que nous avons exposées nous croyons pouvoir tirer la conclusion suivante :

Un bon moyen dont dispose le médecin pour réaliser l'antisepsie de l'intestin, peut consister dans l'emploi de la saccharine soluble à la dose journalière de un ou deux grammes, administrée sous forme de cachets ou plutôt dans des capsules de gélatine qui sont plus résistantes : ce qui permettrait d'éviter à l'avenir l'accident survenu au malade de l'observation IV.

Néanmoins la saccharine, comme d'ailleurs les autres antiseptiques chimiques et plus encore que les antiseptiques énergiques, comme le chloroforme et le sublimé que nous avons également expérimentés, la saccharine, disons-nous, tend vers l'asepsie de l'intestin sans pouvoir toutefois la réaliser. Il semble, en effet, résulter de nos expériences, que le nombre des germes intestinaux, arrivé à un certain chiffre, reste stationnaire et ne peut plus s'abaisser.

Mais l'asepsie complète de l'intestin serait-elle désirable ?

Pasteur croyait, en effet, que la vie deviendrait impossible, si notre tube digestif et si les aliments ingérés étaient privés complètement des germes saprophytes.

Tout récemment, MM. Nuttal et Thierfelder ont montré que, comme le pensait d'ailleurs M. Duclaux, cette opinion de Pasteur était trop absolue. Ils ont réussi à élever de jeunes cobayes aseptiquement, dans les conditions suivantes : chez une femelle, sur le point de mettre bas, ils pratiquent l'opération césa-

rienne. Ils extraient rapidement de l'utérus un des petits, font la torsion du cordon ombilical avec une pince flambée, et, avec toutes les précautions aseptiques, portent l'animal dans une grande cloche en verre qui ne reçoit que de l'air pur de tout germe. Par un dispositif spécial, ils pouvaient manier le petit être avec des gants de caoutchouc et le nourrir avec du lait stérilisé qu'on lui faisait prendre au moyen d'une tétine toutes les deux heures.

Au bout de huit jours, ils sacrifient le jeune animal et trouvent le contenu de l'intestin complètement aseptique. Ils constatent que le poids du jeune cobaye égale sensiblement celui des autres petits, extraits de l'utérus maternel par la même opération, et qu'une femelle nourrice avait élevée à l'extérieur.

La nutrition pouvait donc s'accomplir en dehors de tout germe saprophyte.

Cependant nombre de germes de l'intestin sécrètent des diastases : le bacterium lactis aerogenes, le coli commune lui-même produisent des ferments solubles qui aident puissamment à la digestion.

M. Duclaux a montré également que le tyrothrix claviformis avait un pouvoir diastasique trois fois supérieur à celui du suc pancréatique.

De même, on ne connaît aucun suc digestif qui puisse digérer la cellulose. Seul, le bacillus amylobacter qui est un des hôtes normaux de l'intestin, peut digérer cette substance et, par suite, la rendre assimilable.

Privé de ces puissants auxiliaires, l'organisme pourrait-il encore transformer en corps simples et assimilables, les matériaux complexes dont il fait sa nourriture?

Chez le jeune animal, aseptiquement élevé par MM. Nuttal et Thierfelder, la digestion du lait était complète ; mais le lait est un aliment relativement simple que les sucs digestifs peuvent facilement transformer en aliments assimilables.

Plus tard le lait qui suffit au jeune être, ne peut plus former l'alimentation exclusive de l'adulte ; les dépenses sont plus importantes et par suite, les besoins sont plus accusés. Des aliments plus complexes sont alors nécessaires, et il est démontré que les sucs normaux de l'organisme ne peuvent, à eux seuls, effectuer la transformation et l'assimilation de ces aliments.

Nous devons donc admettre que l'action de la saccharine est bien suffisante pour débarrasser l'organisme de la plus grande partie des germes pathogènes et de ceux qui peuvent le devenir et aussi des produits toxiques qu'ils sécrètent et que cette substance peut être rangée parmi les meilleurs antiseptiques de l'intestin ; car son usage qui peut être journalier, fait baisser dans une sensible proportion, la quantité de germes contenus ou dans un intestin sain ou dans un intestin malade.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et du traitement des kystes du pavillon de l'oreille.

Par le docteur H. Gaudier,
ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.

L'étude anatomique des kystes du pavillon de l'oreille a depuis longtemps été l'objet des recherches des anatomo-pathologistes, particulièrement dans ces dernières années, où Virchow, Mayer et Hartmann ont pratiqué de nombreux examens.

Dans la thèse du Dr Dupretz, faite sous notre inspiration, nous avions déjà esquissé l'histoire des lésions du cartilage dans les kystes du pavillon ; nous y revenons aujourd'hui à propos d'un autre cas typique qui pourra nous faire comprendre la pathogénie de ces lésions si spéciales.

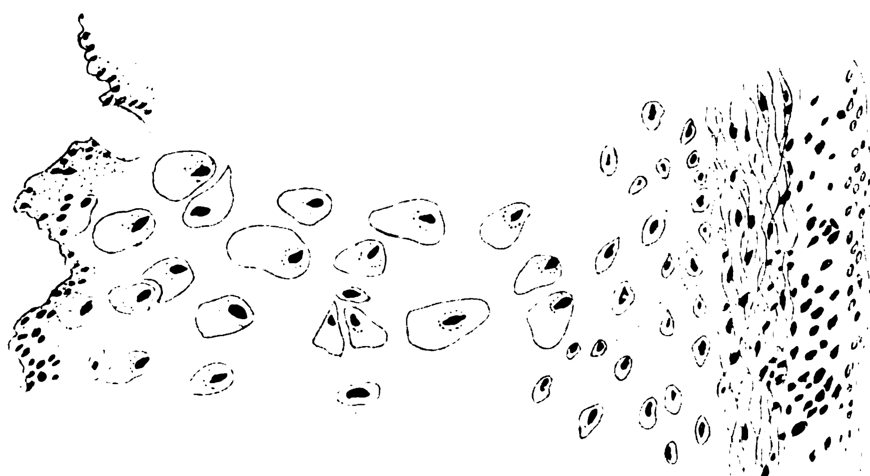
Georges X..., âgé de 30 ans, contre-maître d'usine, vient nous trouver le 2 mars 1898, pour un kyste volumineux du pavillon de l'oreille gauche, situé entre les deux branches bifurquées de l'anthélix. La tumeur est du volume d'une grosse noix, la peau ne présente pas de changement de coloration, et la palpation n'est nullement douloureuse. Ce kyste date de 6 mois environ et s'est développé très lentement avec de temps en temps des périodes douloureuses pendant lesquelles la peau de la surface du kyste paraissait plus rouge et plus tendue. Ce malade nous avoue avoir eu, un peu avant l'apparition de ce kyste, au niveau du méat du conduit auditif externe, un petit furoncle qui s'est ouvert spontanément, et dont il ne s'est pas inquiété autrement. Il demande à être débarrassé de cette masse qui le gêne et déforme l'oreille.

Opération le 8 mars sous chloroforme. Incision longitudinale à la partie la plus saillante de la tumeur. Il s'écoule un liquide visqueux, jaunâtre, avec quelques flocons blancs. Ce liquide est ensemencé aussitôt, ayant été recueilli aseptiquement, dans du bouillon et sur l'agar. Disons de suite que les trois cultures faites, un bouillon et deux agars, nous donnèrent au bout de 7 jours à l'étuve *des colonies très rares de très petits staphylocoques blancs, absolument caractéristiques*. L'incision très large nous permet de constater que le cartilage, aminci, d'apparence rosée à la surface qui regarde le kyste, forme un véritable

séquestre ne tenant plus à la paroi profonde du kyste que par quelques fibres conjonctives dépendant du périchondre. Le périchondre de la face qui regardait le kyste n'existait plus. Ce séquestre est cueilli facilement au bout d'une pince. Un curettage soigné à la petite curette de Wolkmann nous permet de bien aviver les parois de ce kyste qui est fermé par quatre points de suture et drainé avec quelques crins de Florence. Un pansement très compressif est appliqué et enlevé seulement au bout de 8 jours avec les fils. Les parties superficielles et profondes du kyste se sont accolées et il n'existe plus trace de tuméfactions, mais seulement quelques plis cutanés. Un nouveau pansement est appliqué pendant 8 jours, et au bout de ce temps, la cicatrisation est complète, la cicatrice est à peine visible ; il n'existe point de déformation de l'oreille.

Examen du cartilage. — La lamelle de cartilage ainsi enlevée fixée dans l'alcool absolu et coloriée en masse au picrocarmin a été coupée perpendiculairement à sa surface.

A un faible grossissement (obj. 2, ocul. 1), on voit tout d'abord qu'il n'existe plus du côté du kyste de périchondre ; à ce niveau la surface du cartilage est irrégulière festonnée, ce feston étant formé par l'ouverture dans la cavité du kyste de cellules cartilagineuses. Du côté profond, le périchondre au contraire existe, mais très épaissi et infiltré de nombreux éléments embryonnaires, particulièrement à la face profonde où ils envahissent les éléments cartilagineux. A ce niveau, les cellules cartilagineuses, au lieu d'être comme au centre de la préparation noyées sans ordre dans la substance fondamentale du cartilage, se disposent en rangées serrées, parallèles à la surface du cartilage.


Coupe transversale du cartilage.

A un plus fort grossissement (obj. 7 ocul. I), on constate que sous le feston irrégulier de la face kystique du cartilage, il y a de nombreux éléments embryonnaires : les cellules à ce niveau n'ont plus de noyaux et présentent un aspect granuleux ; quelques-unes mêmes s'ouvrent au dehors. Au centre les cellules cartilagineuses sont volumineuses, disposées sans ordre dans le stroma qui a été coloré en jaune par l'acide picrique. Les noyaux irréguliers et allongés sont entourés d'une zone granuleuse. Du côté de la face profonde la substance fondamentale se colore en rose pâle ; on y voit apparaître quelques fibrilles conjonctives ; les cellules sont plus petites, ovoïdes, à noyaux allongés et ordonnés en séries parallèles à la surface. Le périchondre conjonctif est infiltré de nombreux éléments embryonnaires et par places est déchiqueté.

En résumé il s'agit là d'une véritable chondrite et périchondrite *absolument comparable* aux phénomènes inflammatoires légers observés au niveau des articulations. La constatation de ces lésions, et d'autre part la présence dans le liquide du kyste d'éléments microbiens spécifiques nous permettent de penser que dans certains cas les kystes du pavillon de l'oreille sont dus à une *chondrite infectieuse*. Le point de départ ici étant le petit furoncle du conduit et l'infection du périchondre et du cartilage s'étant faite probablement par la voie lymphatique ; quant à la localisation de l'infection, presque toujours la même, elle tient peut-être à une disposition anatomique, que nous nous proposons d'étudier ultérieurement, cette porte d'entrée peut être excessivement minime et être cicatrisée au moment où l'on examine le malade, et cette observation n'en jette pas moins un jour sur ces lésions, qu'il était difficile d'interpréter auparavant.

Dans un pareil cas il faut naturellement qu'il s'agisse d'une infection d'intensité moyenne propre à produire du liquide louche et non du pus véritable, quoique cependant on en ait signalé quelques observations.

Une telle pathogénie et la constatation de ces lésions anatomiques nous permettent de conclure que nous devons, de parti-pris, rejeter toutes les opérations qui ne touchent pas au séquestre cartilagineux : ponction, injection de liquides modificateurs, et que le seul traitement des kystes du pavillon de l'oreille consiste en l'ouverture large suivie d'ablation du cartilage malade et de curettage et avivement de la poche ainsi vidée. Quelques points de suture, du drainage capillaire et une bonne compression donneront un résultat parfait, qu'on attendait en vain autrefois par les opérations incomplètes.

FAITS CLINIQUES

Eruption purpurique chez un catarrheux pulmonaire

par M. **Mouton**, interne des hôpitaux.

L..., Adolphe, 61 ans, emballeur, entre à la Maison de santé au commencement du mois de mars dernier, pour une poussée congestive du poumon, avec complications cardiaques.

Le malade, sans tare héréditaire apparente, car ses ascendants sont morts, le père, du choléra en 1849, la mère, de sénilité à 88 ans, a lui même un passé pathologique peu chargé. De son histoire morbide, il ne faut retenir qu'un rachitisme : « noué », il ne marcha, s'il faut l'en croire, qu'à l'âge de sept ans ; malgré cette gravité apparente, il ne reste actuellement, de cette maladie du bas âge, que de très faibles traces, pas de déviation ou d'incurvation des tibias, pas d'hypertrophie sensible des épiphyses ; pas de déformation crânienne notable : la tête est d'un volume normal ; seul existe le chapelet rachitique, d'ailleurs peu marqué. Chez lui, comme chez ses ascendants et ses collatéraux, *aucun stigmate d'arthritisme*. Cet homme n'en est pas moins un superbe type d'emphysémateux ; cette lésion déjà ancienne et qui constitue tout le bilan morbide du sujet s'est révélée il y a quelque 20 ans. La diathèse radytrophique ne pouvant être invoquée ici, c'est dans la profession pénible du malade qu'il faut rechercher l'étiologie pathogénique de l'affection actuelle C'est à la suite, en effet, des fatigues, des efforts répétés et constants que nécessite le métier d'emballeur qu'à la longue et insensiblement s'est installée et développée la dilatation des alvéoles pulmonaires. Durant de longues années, à la faveur d'un myocarde invulnéré, la lésion fut compensée et ce n'est que depuis ces derniers hivers que l'équilibre, très instable du reste, s'est rompu. La pierre d'achoppement, comme toujours, a été la bronchite dont la répétition a amené, en dernière analyse, de la congestion pulmonaire intense et conduit le malade à l'asystolie, à l'affolement cardiaque. C'est pour cette crise qu'il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

L'on nous fera grâce des détails sur la lésion cardio-pulmonaire en elle-même : le cas est des plus vulgaires et l'on ne saurait s'y attarder utilement. L'intérêt de l'observation est ailleurs et réside dans le fait curieux de l'apparition de taches, ou mieux d'éléments papuleux, au cours de cette affection chronique. Malheureusement, et du fait de l'ignorance absolue du malade à cet égard, il nous a été impossible de fixer la date précise où est survenue l'éruption ; ce que l'on sait, c'est qu'elle n'est pas antérieure à l'époque où le catarrhe pulmonaire est entré dans la phase aiguë. Quelques mots sur la nature et la localisation de ces éléments éruptifs ; ce sont, pour la plupart, des papules nettement purpuriques, constituées par l'extravasation dans le derme du liquide sanguin ; elles ne s'effacent point complètement, du reste, à la pression du doigt. Il faut ajouter que beaucoup d'entre elles, prurigineuses sans doute, ont déterminé des lésions de grattage et des infections secondaires consécutives, qui défigurent passablement la lésion primitive. La plupart ont la dimension d'une lentille, sauf une papule située à droite, en arrière, dans la fosse sus-épineuse.

Ce purpura « papuleux » siège presque exclusivement sur le thorax et avec une prédominance très marquée, *en arrière et à gauche* ; quelques éléments rares et disséminés se rencontrent cependant sur le haut des bras et sur la région épigastrique. Le fait de cette localisation si restreinte est d'autant plus remarquable que les lésions bronchitiques et pulmonaires ont eu leur maximum d'intensité précisément *à gauche et en arrière* ; il y a même encore actuellement à la base de ce côté, un petit foyer de râles sous-crépitants fins, dernier vertige de l'orage passé et peut-être aussi dernière cendre encore chaude d'un feu mal éteint !

Il nous a paru utile de rapporter ce petit fait clinique ; il semble bien, en effet, mettre en lumière, une fois de plus, l'origine microbienne de certains purpuras déterminés ; de plus, dans notre observation, la localisation purpurique, pour ainsi dire, superposée à la lésion broncho-pulmonaire, n'est-elle pas des plus frappantes et des plus typiques ?

L'urine du malade examinée, dans le cours de la période congestive, n'a jamais révélé d'albumine. Le filtre rénal est-il resté sain, du fait des décharges de toxines du côté de la peau, et est-ce grâce à ce balancement à cette dérivation qui allégeait sa besogne, que le rein doit d'être resté perméable, nous n'oserions l'affirmer, mais l'hypothèse n'est-elle point plausible ?

VARIÉTÉS

Annulation de l'engagement de payer le prix d'une opération chirurgicale.

Le tribunal civil du Hâvre, par jugement longuement motivé, vient de déclarer nul « comme entaché d'un vice de consentement, l'engagement pris par un malade de payer une certaine somme pour prix d'une opération chirurgicale alors que, d'une part, au moment de l'engagement, le malade se trouve dans un état de faiblesse très grand et que, d'autre part, on lui représente ladite opération comme indispensable à sa vie.

Les honoraires de l'opérateur avaient été fixés à 5.000 fr. ; le tribunal les a réduits à 2.000 francs.

La Faculté de Médecine de Halle.

On se plaint à juste titre de l'encombrement de notre Faculté de médecine de Paris, par la foule des étudiants indigènes et exotiques (en tout 4.837, inscrits, pour le dernier semestre). Pareil reproche ne saurait être adressé à certaines

facultés étrangères. Ainsi le nombre des étudiants en médecine, actuellement en cours d'étude à la faculté de Halle, ne dépasse pas 265, dont 90 seulement sont des « praticants », c'est-à-dire suivent les cours de clinique. Or, veut on savoir de quels matériaux cliniques dispose la Faculté de Halle ? On compte en moyenne, par année, 12.000 cas ressortissant à la clinique médicale, 11.000 à la clinique chirurgicale, 2.500 à la gynécologie ; 1.100 à l'obstétrique ; 2.500 à l'oculistique ; 700 à la clinique des maladies du système nerveux.

Oh combien veinards *fortunatos nimium*, nos praticants de Halle !

Un saint médical

Parmi les nouveaux saints promus aux honneurs du calendrier par le Pape, le jour de l'Ascension, se trouve un médecin.

Saint Antoine Maria Zacaria naquit à Crémone en 1503 et étudia la médecine à l'Université de Pavie, où il reçut le diplôme de docteur.

Il exerça la profession parmi les pauvres de sa ville natale et mourut en 1563.

Les médecins avaient déjà comme représentants sanctifiés dans le calendrier, Saint Luc, Saint Côme et Saint Damien.

Un homme qui a la vie dure

Le capitaine de l'armée des États-Unis, Georges Burns, à l'heure actuelle en traitement à l'hôpital militaire de Chicago, est assurément l'homme du monde qui a supporté sans en mourir, les plus terribles blessures.

En voici la liste complète que nous empruntons à un journal médical américain :

Défoncement de cinq côtes qui ont dû être enlevées : fractures de deux jambes et des deux cuisses ; fracture des deux avant-bras ; déplacement de la rotule droite ; rupture d'une partie du sternum, qui a été enlevé également ; ablation de la trachée. De plus, le capitaine Burns a essuyé trois coups de feu dans la poitrine et l'estomac et a été traversé de part en part. Enfin à la suite d'un terrible coup de sabre, il a dû subir l'opération du trépan et les chirurgiens ont jugé nécessaire de remplacer toute la partie supérieure de son crâne par une calotte d'argent. M. Burns, aujourd'hui à la retraite, est âgé de soixante-cinq ans.

Intérêts Professionnels

Le prolétariat des médecins

La *Revue des Revues* (15 janvier 1898) a publié un intéressant article de M. Henry BÉRENGER, sur *les proletaires intellectuels en France*. L'auteur entend par là « ces hommes qui sont nés pauvres, fils de paysans, d'ouvriers, de petits employés ou de hauts fonctionnaires sans fortune, ces hommes qui sont laborieux, rangés, qui ont acquis un savoir considérable, à force de travail et de privations, ces hommes qui demandent à entrer dans les cadres sociaux avec le bénéfice de leurs grades universitaires, ces hommes enfin qui ne sont ni des bohêmes, ni des réfractaires, ni des déclassés, mais bien au contraire des enrégimentés, des soumis, des aspirants bourgeois, et qui finissent par être des candidats à la faim. » Il en est dans toutes les professions libérales, parmi : les médecins, les avocats et les magistrats, les professeurs et les instituteurs, les ingénieurs, les officiers, les employés des grandes administrations, les étudiants, etc.

Bornons nous à rapporter ce qui est dit du prolétariat des médecins, d'après des renseignements dont la plupart ont été fournis à l'auteur par M. BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

« Il y a, dans toute la France, de 12 à 13.000 médecins, dont 2.500 à Paris et 10.000 en province.

Pour les médecins parisiens, voici la liste approximative des salaires :

5 à 6	gagnent environ	entre	200.000	et	300.000	francs
10 à 15	—	—	100.000	et	150.000	—
100	—	—	40.000	et	60.000	—
300	—	—	15.000	et	30.000	—
800	—	—	8.000	et	15.000	—
1.200	gagnent au-dessous de..		8.000			francs

Ces 1.200 médecins, c'est-à-dire la moitié du nombre des médecins de Paris, peuvent être des prolétaires intellectuels, s'ils n'ont pas de fortune personnelle. Et c'est le cas de beaucoup d'entre eux.

Que deviennent-ils ? Ils se rejettent sur un *exercice louche* de leur profession. Les uns se font *rabbatteurs* pour grands médecins ou grands chirurgiens ; les autres se font *pourvoyeurs* de policliniques équivoques (affaire BOISLEUX, LA JARRIGE) ; d'autres s'associent à des pharmaciens pour écouler des spécialités coûteuses et inutiles ; d'autres encore sont « médecins d'urinoirs », c'est-à-dire de maladies secrètes ; les derniers meurent littéralement de faim, comme ce malheureux docteur LAPORTE, qui gagnait 100 francs par mois, lorsque la justice lui mit la main dessus. Ceux-là sont mûrs pour les asiles de nuit.

En province, sur 10.000 médecins, 5.000 au plus gagnent convenablement leur vie. Les 5.000 autres ne sont pourtant pas des prolétaires, comme leurs confrères pauvres de Paris. Les mœurs inquisitoriales de la province permettent difficilement aux médecins interlopes de s'acclimater. On en trouve donc très peu. Ceux qui ne gagnent pas leur vie se rabattent sur le mariage, quand ils peuvent, et peu à peu deviennent cultivateurs, industriels ou rentiers, suivant la dot qu'ils ont épousée. Les moins favorisés se jettent dans la politique et finissent quelquefois par échouer à la Chambre. (Il y a une moyenne de 80 médecins dans le Parlement français).

Les Universités fournissent environ 1.200 docteurs en médecine par année. La durée d'exercice pouvant être en moyenne de 20 à 25 ans, il en résulte qu'il y a une *surproduction du double* pour chaque année, puisque 600 à 700 places seulement deviennent vacantes. Nous laissons au lecteur le soin de tirer des conclusions sur l'avenir prochain de la carrière médicale en France. »

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le docteur G. Assaky, agrégé d'anatomie des Facultés françaises, est chargé de la direction de l'institut gynécologique de Bucharest. M. Assaky occupa pendant plusieurs mois son poste d'agrégé à Lille en 1886.

— La reprise des cours théoriques et pratiques compris dans le programme de l'École dentaire française (25, boulevard St-Martin, à Paris, pour le semestre d'été, aura lieu le 18 avril, date fixée par la Faculté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Ch. Richet est élu membre titulaire par 46 voix sur 64 votants.

— Dans sa séance de samedi dernier, la Chambre des députés a adopté sans discussion et après déclaration de l'urgence un projet de loi relatif à la réinstallation de l'Académie de médecine, aux termes duquel le ministre de l'Instruction publique est autorisé à acquérir un immeuble situé 16, rue Bonaparte, et à y faire procéder aux travaux de réinstallation de l'Académie de médecine conformément aux dispositions générales de l'avant-projet évalué à 1.500.000 fr. En outre, il est pris acte de l'engagement souscrit par ladite Académie de verser à l'Etat, pour sa part contributive dans la dépense, un subside de 540.000 fr.

Société de chirurgie de Paris

MM. Chevassu (médecin militaire), Brault (d'Alger), Braquehaye (de Bordeaux), Broussin (de Versailles), sont élus correspondants nationaux.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur L.-D. Moussous, professeur de clinique obstétricale, est nommé professeur honoraire.

École de médecine d'Angers. — M. le docteur Thibault, suppléant, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours de pathologie médicale.

École de médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira, le 7 novembre 1898, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Besançon.

Un concours s'ouvrira, le 7 novembre 1899, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Besançon.

École de médecine de Caen. — M. le docteur Auvray, professeur de clinique médicale, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

M. le docteur Frémont est chargé, pour une période de trois ans, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

M. Chevrel, docteur ès-sciences naturelles, est chargé d'un cours d'histoire naturelle.

M. Léger, docteur ès-sciences naturelles, est chargé des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

École de médecine de Nantes. — Un concours s'ouvrira, le 5 décembre 1898, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

École de médecine de Limoges. — M. le docteur Delotte, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie médicale, en remplacement de M. Dérignac, décédé.

M. le docteur Thouvenet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Lemaistre, nommé professeur honoraire.

Corps de santé militaire

CONCOURS

Deux concours s'ouvriront le 3 octobre 1898 à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, à Paris : le premier pour un emploi de professeur agrégé des maladies et épidémies des armées, le second pour un emploi de professeur agrégé de diagnostic chirurgical spécial.

Les médecins-majors de 1re et de 2e classe sont seuls admis à prendre part à ces concours.

Les demandes d'admission doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau des hôpitaux), avant le 1er septembre 1898.

— Un concours pour l'admission de docteurs en médecine civils à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce aura lieu le 19 décembre 1898, à Paris. Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau des hôpitaux), avant le 1er décembre prochain.

Distinctions honorifiques

Le ministre de la marine a accordé une *médaille d'or* de 2e classe à M. le docteur Bourdet (de Cherbourg), pour acte de courage et de dévouement.

— La Société de géographie de Paris a décerné le **prix Angrand** à M. le docteur Hamy (de Paris).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Payol, de Perpignan (Pyrénées-Orientales); Giraux, de Châlons (Saône-et-Loire); Stricker, professeur de pathologie expérimentale à Vienne; Ch. West, professeur de pediatrie à Londres, mort à Paris; Worms, de l'Académie de médecine.

BIBLIOGRAPHIE

La diphtérie et la sérumthérapie (études cliniques faites au pavillon Bretonneau), par le docteur G. Variot, médecin de l'hôpital Trousseau. Maloine, Paris, 1898.

On ne peut refuser à notre distingué confrère, le docteur Variot, l'originalité dans les vues, le courage civique. Ces qualités, si rares dans notre milieu médical courbé et avachi, éclatent tout le long du volume de 550 pages que cet auteur vient de publier sur la question de la diphtérie, que deux années durant il a étudiée avec des documents d'une abondance inouïe ; plus de 3000 diphtériques ont passé sous ses yeux, et de ces observations recueillies par lui-même ou ses internes est sorti un livre du plus haut intérêt.

Les difficultés y sont abordées de front ; « le rôle du médecin, dit-il, est de suivre avec patience la marche des manifestations morbides, d'en préciser l'enchaînement, d'en déterminer les caractères, celui du bactériologiste de faire progresser théoriquement nos connaissances sur la nature même des maladies.» Médecin, il s'informe de la valeur qu'il faut accorder au bacille de Löffler dans le diagnostic, de la signification du bacille court, mais aussi il prétend que la topographie des exsudats pharyngiens, leur confluence, leur mode d'extension commande dans certains cas l'injection de sérum antidiphtérique pour cause de gravité bien plus que l'examen bactériologique révélant l'infection pure ou associée. Médecin encore, il analyse le croup et par le syndrôme toux rauque et voix claire, par le signe de l'épliglotte, essaie de dissocier ce bloc clinique en croup d'emblée, faux croup grave et spasme laryngé d'origine pulmonaire, mais proclame l'importance de l'examen bactériologique dans ce cas. Médecin toujours, il pèse les effets bons et mauvais du sérum antidiphtérique et les dit avec sa franchise habituelle ; 1 fois sur 1000 il lui a paru probable que la mort ne pouvait être expliquée par les manifestations de la diphtérie ni par les lésions trouvées à l'autopsie, les accidents immédiats ou tardifs doivent être pris en sérieuse considération, car on ne peut ni les prévoir ni les prévenir. « Le sérum, dit-il, n'exerce pas une action directe contre les phénomènes d'obstruction laryngée ; il ne modifie pas de suite le spasme glottique et la suffocation lorsqu'ils ont déjà commencé. » Et médecin jusqu'au bout, le docteur Variot recommande l'inhalation de vapeur d'eau, puis à recours au tubage permanent ou temporaire, écouvillon ou dilatateur suivant les cas, dans les milieux hospitaliers ou à surveillance étroite, réservant la trachéotomie pour les campagnes et quand le médecin ne peut rester en permanence auprès de son opéré ou enfin quand un spasme infranchissable ou de fortes fausses membranes obturent la glotte. Trente-quatre chapitres et deux appendices de statistique découpent en tranches très agréables à lire ce volume, où sont consignés les travaux d'une pléiade de jeunes et courageux médecins guidés par un maître, sympathique parce que jeune et courageux lui-même. Le volume fait honneur à l'auteur que d'autres travaux, de laboratoire ceux-là, avaient déjà signalé comme un esprit original. Nous lui adressons modestement nos sincères félicitations.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La panification intégrale par le système « antispire » (Desgoffe et Avedyck) ; recherches microbiologiques, par les professeurs Pagliani et Mazza, analyses chimiques, par le professeur Giacosa. Turin, impr. Pozzo frères, 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

13e semaine du 27 mars au 2 avril 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	4
3 mois à un an	3	6
1 an à 2 ans	5	6
2 à 5 ans	3	3
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	»	2
20 à 40 ans	11	16
40 à 60 ans	7	7
60 à 80 ans	15	6
80 ans et au-dessus	2	3
Total	54	54

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	7	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	1	»	»	»	2	1	»	»	»	6	1	»	»	»	»	6	17	8
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	3	3	4	»	»	4	»	»	»	»	»	2	17	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	1	»	»	2	5	»	4	»	»	5	»	»	»	1	»	3	22	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	3	»	2	»	»	1	»	»	1	1	»	8	17	14
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	3	1	»	»	»	5	»	»	»	»	»	4	15	5
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	1	»	»	1	»	1	6	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	3	3
Total	»	4	»	»	3	»	»	4	19	6	12	»	»	25	2	»	1	3	»	29	108	112

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gerant, Th. CLERQUIN

N° 66. Deuxième Année, N° 16. Le Numéro : **10** centimes. 17 Avril 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur Combemale, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie Le Bigot Frères, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. Lidy Montclaire, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — Travaux originaux : Le Diagnostic de la Paralysie générale, par le docteur **P. Keraval**. — Valeur de l'ichtyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par les docteurs **Combemale et Desoil**. — Faits cliniques : Cystocèle compliquée de calcul, par le docteur **Lambret**. — Intérêts professionnels. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M. Mossé apporte l'observation d'une femme de vingt-cinq ans, atteinte de goître avec débilité intellectuelle, sans myxœdème, et avec un bon état général. Son enfant, âgé de trois ans, nourri au sein, portait un gros goître bilobé. Très chétif, malingre, cachectisé, il ne présentait cependant pas de signes de myxœdème. La mère fut soumise à l'ingestion quotidienne d'extrait thyroïdien, correspondant à 1 gr. 5 de corps thyroïde. Après un mois et demi, le goître avait diminué chez la mère; mais le résultat était plus remarquable encore chez l'enfant; l'état général était redevenu excellent. Une seconde période de traitement, un peu moins longue, fit complètement disparaître le goître chez l'enfant, qui se développa très bien. Le goître de la mère avait encore diminué. Ce serait là un premier exemple de transmission par le lait de la mère à l'enfant de la médication thyroïdienne.

A la **Société d'obstétrique**, M. Bar étudie les conséquences de la rupture des membranes pendant la grossesse. Il a recueilli deux observations de rupture de l'amnios seul au cours d'une grossesse simple. Dans l'un, il s'était rompu tout à fait au début et avait subi un arrêt de développement, tandis que le fœtus vivait à l'intérieur du chorion. La rupture peut porter aussi sur ce dernier : dans ce cas, l'hydrorrhée amniotique n'est pas fatale. M. Bar a observé une femme qui fut prise, au cinquième mois, d'un écoulement sanguin intermittent. Accouchement au septième mois ; l'enfant présentait un double pied-bot et la cavité chorio-amniotique était trop petite pour le loger. De tous ces faits, il ressort que l'enfant peut vivre en dehors de l'amnios, dans la cavité choroniale ; la rupture de l'amnios ne se traduit par aucun signe clinique : pas d'hydramnios, pas d'hydrorrhée, pas d'écoulement sanguin ; la perforation amniotique, dans ses degrés divers, s'explique par arrêt de développement. Les cas d'atrophie presque totale de l'amnios montrent la petite part qui revient à cette membrane dans la sécrétion du liquide amniotique.

⁂ M. Boissard a soigné une femme chez laquelle, à la suite d'infection post-partum, on toucha les plaques grisâtres du vagin au chlorure de zinc à 1/50.

Un an après, douleurs abdominales. Au toucher, on ne trouve plus trace du col, mais une tumeur résistante grosse comme une orange. La ponction amena du sang ; après agrandissement de l'orifice, on peut atteindre jusqu'à l'orifice interne du col. MM. Maygrier et Budin attribuent cette atrésie à la réparation cicatricielle d'une déchirure.

⁂ M. Maygrier a pu, par une version podalique,

extraire un premier jumeau vivant du poids de trois kilos, chez une femme à bassin généralement rétréci dont le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 10 cs. 5. Le deuxième enfant, pesant 2400 gr., fut extrait vivant après manœuvre de CHAMPETIER.

⁂ M. CHAVANE a observé deux cas, dans lesquels la rétraction de l'anneau de BANDL, au cours de présentations du sommet, donna les plus grandes difficultés pour terminer l'accouchement.

A la **Société de chirurgie**. M. TUFFIER dit que les fibromes utérins infectés peuvent donner lieu à des accidents septicémiques graves ; il faut distinguer cette infection du sphacèle et la conduite à tenir varie dans les deux cas. M. POTHERAT n'admet d'autre procédé opératoire que l'attaque directe des polypes au bistouri et aux ciseaux, suivie ou non de l'ablation de l'utérus et des annexes. M. QUÉNU ne croit pas que la gangrène des fibromes dépende d'une infection spéciale : elle résulte de l'ischémie et de l'infection. M. POZZI rappelle que, parmi les causes de sphacèle, outre la torsion du pédicule qui est exceptionnelle, il y a l'élongation exagérée de ce pédicule par les contractions. M. BOULLY insiste sur les cas rares de masse fibromateuse, remontant d'une part jusqu'au niveau de l'ombilic et s'engageant, d'autre part, à travers le col, étalée et sphacélée dans le vagin. Du fait de la tumeur vaginale sphacélée, il y a des phénomènes de septicémie et une compression douloureuse des organes voisins par l'enclavement de la masse, en même temps qu'il existe des contractions douloureuses de l'utérus. Il faut s'attacher à réaliser l'ablation totale de l'utérus fibromateux, en se gardant de mettre la portion sphacélée au contact du péritoine et en continuant pour cette ablation les voies abdominale et vaginale.

⁂ M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE revient sur les psychoses post-opératoires. On n'a pas, dit-il, à réfuter l'opinion de KEITH pour qui le tiers des malades châtrées deviennent folles. Il s'agit toujours de femmes prédisposées ou antérieurement atteintes de folie. Il serait intéressant de savoir si le traumatisme opératoire peut amener une commotion bienfaisante chez certaines aliénées. M. CHAMPIONNIÈRE est disposé à l'admettre en se basant sur un fait clinique personnel.

⁂ M. DEMOULIN a opéré une femme pour des accidents d'obstruction intestinale. Il existait une typhlite sous-muqueuse avec une masse développée dans l'épaisseur du cœcum. La résection de cette tumeur amène un excellent résultat.

⁂ M. SCHWARTZ présente un malade auquel il a pratiqué une ostéotomie sous-trochantérienne pour une luxation de la hanche avec raccourcissement de sept centimètres. Actuellement il est réduit à trois centimètres et le sujet marche facilement avec une canne. Les mouvements se font dans la pseudarthrose, après l'opération.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Diagnostic de la Paralysie générale

Par le Dr **P. Keraval**, Médecin en chef de l'asile d'Armentières.

Leçon rédigée par le Dr **L. Maupâté** (médecin-adjoint)

Observations recueillies par MM. **R. de Castéras** et **Laurent** (internes).

Le diagnostic de la paralysie générale est facile pour le médecin quand le malade est déjà touché par cette affection depuis un laps de temps suffisant pour que des signes caractéristiques, pathognomoniques, se soient montrés. Dans ces conditions, même quand c'est la première fois qu'il voit son client, le praticien sera instantanément éclairé.

Mais, à côté de ces cas nets, franchement classiques, à l'égard desquels toute erreur est impossible, il en est d'autres qui commandent presque l'hésitation. C'est pourquoi nous allons présenter plusieurs exemples des diverses formes de paralysie générale, en mettant, chemin faisant, en lumière, les symptômes qui, dans les cas douteux, nous conduisent au diagnostic. L'importance du diagnostic ne comporte aucun développement, puisqu'une connaissance exacte de la nature de la maladie implique les probabilités du pronostic et de la durée de celle-ci ; elle sert encore à asseoir le degré de la responsabilité de l'aliéné et permet de formuler un jugement précis sur la nature des actes dont il peut s'être rendu coupable.

Voici d'abord un cas, pour ainsi parler, normal de la **folie paralytique**.

L... Julien, âgé de 40 ans, est à l'asile depuis deux ans ; il avait déjà été soigné à l'Asile de Lommelet il y a dix-huit ans. A son entrée ici, il présentait des symptômes nets de paralysie générale au début de la seconde période (idées absurdes et mobiles de grandeur et de richesses, léger embarras de la parole ; un peu de tremblement fibrillaire de la langue ; pas d'inégalité pupillaire). L'agitation, alors assez grande, ne tarda pas à se calmer, pour reparaître de temps à autre, alternant avec des phases de calme, et même de dépression. Les idées de grandeur, de richesses et de satisfaction ont persisté jusqu'à maintenant, elles

sont absurdes, multiples, variables d'un instant à l'autre, contradictoires, ce qui rend sa conversation incohérente. Il dit, par exemple : « J'étais baryton à l'Opéra, amant de S.... (actrice célèbre), je dois aller planter au Mont Valérien le drapeau tricolore voilé de crêpe parce qu'on a tué Jack l'éventreur ». Ses lettres, que nous ne pouvons malheureusement citer ici, faute de place, donnent une idée très nette de son incohérence et de ses idées de grandeur, il se croit très riche, va faire un mariage splendide, est président de la République, et distribue à ceux qui l'entourent des places de préfet, de directeur d asile, etc.

La mémoire est très affaiblie, bien qu'il puisse, avec difficulté, se rappeler son âge et la date de son internement. L'activité générale est augmentée, le malade marche pendant des journées entières, parlant seul, chantant des airs d'opéra (mais avec des lacunes et des modifications dues à des absences de mémoire); ou bien il écrit de nombreuses lettres (c'est ainsi que certaines semaines il nous en remet jusqu'à quatre ou cinq par jour). Cet état de demi-agitation ne va jamais jusqu'à la violence. A côté de ces idées délirantes de nature expansive, le malade présente encore des illusions et des hallucinations, il prend les personnes présentes pour d'anciennes connaissances, et entend des voix imaginaires.

L'affaiblissement est physique autant qu'intellectuel, le malade déploie peu de vigueur quand on lui demande de serrer la main de toutes ses forces, les réflexes sont abolis.

Les signes physiques sont devenus très marqués : inégalité pupillaire, achoppement syllabique fréquent, tremblement fibrillaire des muscles, de la face et de la langue, tremblement des extrémités.

L'hiver dernier, le malade s'affaiblit brusquement, s'amaigrit, devint gâteux, la dépression remplaça pendant quelques semaines l'agitation. Actuellement, l'état général est meilleur, le gâtisme a disparu, mais le malade, de nouveau excité, reste sur les confins de la seconde et de la troisième période de la paralysie générale.

Dans l'espèce, il n'y avait aucun doute; dès son arrivée à l'asile, le malade était évidemment tenu pour un paralytique. L'évolution de l'affection a confirmé le diagnostic.

Le malade suivant, par contre, ne présente pas de délire appréciable; il est tranquille, répond avec justesse aux questions qu'on lui pose, ne paraît pas mécontent de sa situation, participe aux distractions des personnes qui l'entourent. Ces allures, induisant la famille en erreur, l'avaient même poussée à le reprendre avec elle; on caressait même, chez lui, l'espoir qu'il pourrait à nouveau s'occuper de ses intérêts et de ses affaires. Or il s'agissait d'un **dément paralytique** ; affaiblissement général des facultés intellectuelles, indifférence de sa situation, signes physiques assez accentués : tels étaient les symptômes que nous constations. Mais la maladie semblait progresser avec une lenteur extrême, quand, tout-à-coup, il y a trois mois, se produisaient des attaques congestives qui, se répétant dès lors coup sur coup, confirmaient et le diagnostic et les réserves que nous formulions jadis lorsque la famille du malheureux nous faisait part de son espoir. De là ressort un enseignement : quelles terribles conséquences n'eût pas entraînées la mise en liberté de ce malade considéré par les siens comme tout-à-fait inoffensif. Il eût pu compromettre leur avenir, puisqu'en réalité il était en enfance, et eût pu commettre des actes en rapport avec cet affaiblissement intellectuel.

J.... (Paul), 44 ans, se trouve à l'asile depuis un an et demi ; il a jadis fait des excès de boissons, n'a pas eu la syphilis; a reçu une bonne instruction. A son entrée à l'asile, il présentait une obtusion générale des facultés, une tendance à la tristesse, se croyant abandonné de tous, craignant la syphilis. Au point de vue physique, la parole était embarrassée, lente et traînante, mais sans accroc ; on constatait un peu d'inégalité pupillaire avec myosis, du tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue.

L'affection a progressé lentement, tout d'abord, puis, ces trois derniers mois, sa marche s'est trouvée accélérée par de nombreuses attaques apoplectiformes, et, à l'heure actuelle, les facultés sont presque complètement anéanties, il ne reste plus trace de mémoire ni de volonté ; le malade, n'ayant même plus la force de penser, reste des journées entières sur sa chaise, plongé dans la torpeur dont peuvent à peine le faire sortir des questions pressantes, indifférent à tout, sans jamais avoir été agité, les jambes peuvent à peine le supporter. La parole n'est plus qu'un bredouillement presque inintelligible; le visage inerte ne reflète plus aucun sentiment ; l'inégalité pupillaire persiste avec myosis; enfin il y a du gâtisme d'une manière permanente.

L'observation qu'on va lire est celle d'un **fou paralytique.**

H... (Emile), agé de 50 ans, nous est venu par transfèrement d'un autre asile : ses antécédents nous sont donc mal connus. On sait cependant qu'il a reçu une instruction élémentaire; il était inspecteur de police, et a fait de nombreux excès alcooliques et absinthiques. Le début de l'affection semble remonter à près de trois ans, et le malade, lors de son internement, il y a deux ans, présentait déjà de l'excitation intermittente avec délire incohérent, idées de grandeur et troubles de la motilité. Depuis, l'affaiblissement intellectuel est devenu très prononcé, se traduisant par de l'apathie, une inconscience absolue de sa situation, l'absurdité des conceptions délirantes. Le malade a perdu les notions de lieu et de temps, sa mémoire est absolument disparue ; il n'a conservé aucun instinct de propreté, et se barbouille de

matières fécales. La diminution des sentiments affectifs contraste avec la sensiblerie (il rit et pleure facilement). Les idées délirantes sont multiples, absurdes, puériles, contradictoires : idées de satisfaction (il connaît toutes les langues, va donner tout à manger pour rien, a voyagé partout, est très riche, est Dieu ; la terre et l'univers sont à lui, et il n'y a que lui pour faire l'or et l'argent, il va faire un grand boulevard allant jusqu'à Pékin) ; idees d'énormité et d'immortalité (le monde entier est dans son ventre, il a existé de tout temps ; il se bouche les oreilles et le nez avec de l'ouate sous prétexte d'empêcher l'entrée des vaches qui vont l'habiter) ; idées de persécution (Clotilde la Belge lui a jeté son pot de chambre, etc.) ; enfin idées de négation (il n'a plus de tripes, est mort). Ce malade, qui est obèse, a le visage bouffi, terreux, ne reflétant aucun sentiment, si ce n'est une vague béatitude, la parole est embarrassée, lente, avec achoppement syllabique ; la langue est agitée d'un tremblement fibrillaire, et les extrémités tremblent également. On n'observe pas d'inégalité pupillaire, mais un myosis très prononcé. H.... mange avec gloutonnerie et est tout à fait gâteux ; il doit par instants garder le lit par suite d'œdèmes et d'ulcérations des jambes.

Depuis seize mois l'état est resté à peu près stationnaire, à part une légère exagération de l'apathie.

Ici le diagnostic était aisé ; nous nous bornerons à signaler les idées d'énormité, d'immortalité et de négation. On sait qu'elles ne sont pas particulières à la paralysie générale, et qu'on les rencontre notamment dans la mélancolie anxieuse, vésanie simple, seulement, quand elles se manifestent dans la paralysie générale, comme dans ce cas, elles sont, de même que toutes les conceptions des paralytiques, absurdes, mobiles, contradictoires, colorées en même temps par des assertions d'une satisfaction incompatible avec elles ou tout à fait ridicule.

Le malade qui va être maintenant examiné est remarquable par la succession d'idées mélancoliques, hypochondriaques, expansives, toutes entachées de conceptions délirantes mystiques ayant pris un développement, une tenacité, une intensité exceptionnels dans la paralysie générale.

X..., âgé de 48 ans, a reçu une instruction soignée et exerçait une profession libérale ; il a jadis contracté la syphilis, et faisait de nombreux excès alcooliques. Il fut interné une première fois, il y a deux ans et demi, dans un autre asile, où nous avons pu diagnostiquer chez lui la paralysie générale. Il présentait alors une forme hypochondriaque et mélancolique, annonçait qu'il allait mourir dans les vingt-quatre heures, montrait sa langue à tout le monde, se lamentait, faisait preuve d'une dévotion exagérée et en opposition avec les tendances irréligieuses qu'il avait manifestées jusque-là. Mis en liberté au bout de quelques mois, il commit de nouvelles excentricités, fut même accusé d'avoir causé la mort de sa femme, et fut de nouveau interné à Armentières.

L'affection revêtait alors une forme expansive et mystique : il se croyait le premier de sa profession (pour la région), et aussi le plus riche ; il est un pur esprit, obtient des démons tout ce qu'il veut pour ses amis ; avec son regard, doué d'une force prodigieuse, il a fait descendre la lune de huit mètres, possède un fluide lui permettant de combiner dans les cieux des tableaux admirables et d'écrire dans le ciel avec des lettres de toutes dimensions, or, argent, rouge, vert, bleu ; il doit vivre un millier d'années, est immortel, est toujours en extase, a des rapports chaque nuit avec des femmes superbes, fait avec ses yeux le portrait de ses amis dans le ciel, a un téléphone qui le force à débiter 50.000 mots par jour ; ceux qui sont damnés avec lui sont plus heureux qu'en paradis ; un de ses voisins a, pour le persécuter, pris l'aspect de Lucifer, il a amené chez le malade tout l'enfer franc-maçon pour l'empêcher de régénérer le monde qui manque de foi, etc. ; — on l'a empoisonné avec quatre kilogs de strychnine ; il est empereur, soleil, Dieu. — D'autres fois, il se renferme dans un mutisme absolu, et refuse de manger parce qu'il est un pur esprit. Excité et expansif au début, le malade est, maintenant, déprimé et parle peu parce qu'il n'a presque plus d'idées ; les nombreuses hallucinations et illusions des divers sens, qu'il présentait l'année dernière, ne semblent plus exister (cependant il croit encore avoir des rapports sexuels avec la Sainte-Vierge et pondre des œufs). Les forces physiques et l'embonpoint ont progressivement diminué, en même temps que s'accentuaient les signes physiques de la maladie : hésitation et embarras marqué de la parole, bredouillement fréquent, tremblement fibrillaire des muscles de la face et de la langue, tremblement des extrémités, inégalité pupillaire, gâtisme persistant depuis plusieurs mois.

La dernière observation est bien faite pour montrer que les variétés d'idées délirantes connues peuvent toutes se greffer sur la démence paralytique, et constituer la **folie paralytique**. Tel est le motif pour lequel on rencontre aussi dans la paralysie générale des idées de persécution. Celles-ci y sont néanmoins assez rares. Citons-en un exemple :

L.... (Camille), âgé de 45 ans, se trouve à l'asile depuis quatre mois. Un de ses oncles était aliéné ; lui-même eut la fièvre typhoïde dans l'adolescence, et fut atteint d'un traumatisme du crâne il y a deux ans : pas d'alcoolisme ni de syphilis. Interné il y a huit mois, pour manie ambitieuse, à l'Asile de Tournai, à la suite de nombreuses plaintes qu'il aurait adressées aux autorités, il présentait alors des idées de grandeur et de satisfaction, se croyait excellent poète, avait des illusions et des hallucinations (il aurait vu des dattes tomber d'un tilleul et en aurait mangé, disant que c'était Dieu), était un peu excité ; en outre, on remarquait une certaine confusion dans

les propos qu'il tenait, mais aucun signe physique ne venait affirmer le diagnostic de paralysie générale.

Transféré à Armentières il y a quatre mois, il ne présentait plus d'idées de satisfaction, et pouvait sembler améliorer. C'est alors que des idées de persécution ont apparu ; le malade se dit victime d'un vol et d'une tentative d'assassinat de la part de deux femmes ; il aurait écrit au Président de la République pour se plaindre et obtenir justice, il accuse sa propre femme de vouloir se débarrasser de lui, comme de ses deux précédents maris, dont l'un est mort à l'asile et l'autre fut empoisonné par elle : aussi veut-il se venger. — Les facultés mentales ne sont pas très affaiblies ; la mémoire semble assez bien conservée, de même que les notions de temps et de lieu, mais on observe des lacunes dans le raisonnement, des actes absurdes, etc. ; tous troubles qui ne sautent pas aux yeux au premier abord, et doivent être recherchés avec attention. Le malade est tranquille, quoique d'un caractère irascible ; il dissimule soigneusement ses idées délirantes et ses projets de vengeance, et ne paraît présenter, comme signes physiques, qu'un peu de tremblement des extrémités, ainsi que de l'hésitation, légère et intermittente, de la parole.

La prédominance dans le cas de Camille L... des idées de persécution et la façon dont il envisage les choses et les gens (il a dès son entrée à l'établissement écrit un véritable réquisitoire contre toutes les personnes avec lesquelles il a eté en rapport), sont généralement symptomatiques du délire des persécutés persécuteurs; mais comme, auparavant, il a manifesté des idées de grandeur et de satisfaction ; comme à certains moments on a constaté une très légère hésitation de la parole, des lacunes grossières du jugement, des troubles dans l'enchaînement des idées et dans l'exécution graphique, dans l'écriture, dans la composition de ses lettres, de ses réclamations, d'une chanson matériellement et intellectuellement ridicule qu'il vient d'élaborer sans aucun motif, il est établi qu'il s'agit réellement d'une paralysie générale au début.

Si dans l'exemple précédent, à une certaine phase de la maladie, le diagnostic a pu être délicat, il l'est tout à fait dans l'observation suivante :

Br .. (Edouard), 54 ans, a toujours eu le caractère instable, et a mené une vie très aventureuse, en exerçant de nombreux métiers ; en dernier lieu, il était machiniste dans un théâtre, faisait des excès alcooliques, se surmenait physiquement, et ne dormait que quatre heures par nuit. — Un de ses fils, déséquilibré, violent, vient de passer devant le conseil de guerre ; deux de ses filles sont prostituées ; une troisième présente aux extrémités supérieures et inférieures une difformité congénitale rappelant la pince de homard, et s'exhibe dans les foires. — Sans ressources, le malade, il y a quelques mois, prend le train de Mons, dans l'espoir de retrouver plus tard sa fille à Bruxelles, mais il est arrêté en route en pleine période d'excitation, au cours de laquelle il se serait livré à des menaces de meurtre et d'incendie et même à des voies de fait ; de Mons il est transféré à Armentières.

Actuellement, il est très expansif, raconte son histoire, à laquelle il ne comprend rien, ayant perdu le souvenir des faits qui lui sont reprochés ; présente de l'excitation intellectuelle, rit facilement et souvent sans motif, fait montre de loquacité ; raisonne assez bien, mais a des idées bizarres : ainsi, dernièrement il avait trouvé le moyen de faire fortune rapidement en vendant cinq et dix francs des montres en or qu'il aurait volées. La parole est légèrement embarrassée, avec achoppement syllabique ; on trouve du tremblement des extrémités, de l'exagération du réflexe rotulien, du myosis avec perte presque complète des réflexes pupillaires, une anesthésie généralisée mais plus prononcée à la partie antérieure du corps, enfin de l'artériosclérose et un peu d'emphysème.

On envisagera surtout la grande mobilité dans les idées de cet ouvrier qui, sans hésitation, sacrifie ses dernières ressources, prenant le train pour Mons, afin d'aller à Bruxelles chercher une de ses filles dont il ne possédait pas l'adresse exacte. Et le moyen puéril qu'il veut employer pour faire fortune n'est-il pas un signe, pour nous, de l'altération de ses facultés ? Enfin les signes physiques (troubles pupillaires, léger embarras de la parole) ; le désordre de ses idées quand il écrit, n'achevant souvent point les thèmes qu'il commence à développer dans ses lettres et laissant des phrases incomplètes, sont bien suggestifs pour le médecin qui l'observe.

En d'autres cas on a affaire à ce que l'on appelle une **pseudo-paralysie générale**. Un individu, saturnin, alcoolique ou syphilitique, présente des symptômes de paralysie générale qui s'amendent rapidement sous l'influence d'un traitement approprié. Cependant la rémission dure d'ordinaire peu de temps ; la maladie reparaît alors ; les symptômes se reproduisent et s'accentuent, et la marche, souvent, n'en est que plus rapide, comme le prouve l'observation que voici :

M.... (Jean-Baptiste), âgé de 52 ans et demi, doué d'une instruction élémentaire, était cabaretier et se livrait à de nombreux excès alcooliques, surtout en ces dernières années. Il était marié depuis deux ans seulement quand il fut pris, il y a cinq mois, de délire érotique et d'idées de grandeurs qui ont pu faire soupçonner le début d'une paralysie générale ; il faisait des propositions déshonnêtes à toutes les jeunes filles qu'il rencontrait, ou se livrait sur elles à des

voies de fait. Peu auparavant il avait subi des pertes d'argent.

Transféré à l'Asile d'Armentières, après avoir passé quinze jours à l'hôpital, il ne présente pas d'idées délirantes, a conscience du lieu et du temps, est très calme et demande à travailler ; on ne constate chez lui pas de signes physiques.

Brusquement, au bout de huit jours, il s'affaiblit considérablement, est forcé de s'aliter ; alors en même temps apparaissent des signes physiques, intellectuels et moraux de paralysie générale ; tremblement des extrémités, tremblement fibrillaire de la langue et des muscles de la face, lenteur de la parole ; eschare fessière rapide dans son apparition et dans son extension ; enfin gâtisme et diarrhée profuse. Le malade, bientôt, n'a plus conscience de ce qui l'entoure, devient loquace, se dit très riche et très intelligent, parle d'achats considérables qu'il va faire et qui le mèneront rapidement à la fortune, a des idées érotiques, des cauchemars et des hallucinations nocturnes de la vue ; il voit des jeunes filles en blanc se détacher des murs et venir partager sa couche, ne reconnaît plus ceux qui l'entourent et les prend pour des personnes qu'il a connues jadis. — Tous ces symptômes s'accentuent rapidement, le malade reste constamment alité et meurt, au bout de cinq mois, dans le marasme.

Certaines formes de paralysie générale sont susceptibles pendant plusieurs années de simuler une autre maladie mentale. Le diagnostic restera alors en suspens jusqu'à ce que l'apparition de signes physiques, quoique parfois des plus fugaces, vienne témoigner de l'existence d'une affection organique du cerveau.

V.... (Nestor), âgé de 45 ans, a eu un frère mort de paralysie générale ; et deux de ses sœurs, encore vivantes, sont aliénées. Doué d'une instruction élémentaire il ne s'était créé aucune situation et vivait de rentes qui lui étaient faites par ses parents ; il finit par éprouver de l'animosité contre les membres de sa famille qui lui reprochaient son insouciance, et vint vivre à Paris, où l'on peut déjà remarquer des absurdités dans sa conduite ; sans prendre de références, il prêtait de l'argent à tous ceux qui l'entouraient, s'affectant fort en revanche de ne pouvoir se faire rembourser. De retour dans son pays, il s'y livra à des actes extravagants qui ont motivé son internement il y a quatre ans.

Actuellement, il est très calme, mais sournois, pousse les autres malades à la révolte ou leur conseille de s'évader ; d'une intelligence très ordinaire, il ne veut s'occuper à rien, n'a conservé aucun sentiment affectif pour ses parents ou amis (au contraire, il leur veut du mal), il n'a cependant point perdu la notion exacte du temps et du lieu ; la mémoire est intacte. Assez expansif, il raconte avec complaisance son histoire à ceux qui l'entourent, dès qu'il les connaît un peu, et se plaint continuellement d'avoir été trompé. Le délire, qui revêt une forme raisonnante, avec idées de persécution et de satisfaction, est basé sur des interprétations délirantes, et non sur des illusions ou hallucinations ; il croit que ce sont les membres de sa famille qui ont poussé des étrangers à le dépouiller ; passe son temps à établir des mémoires dans lesquels, à quelques centimes près, il estime les sommes qui lui sont dues ; très soupçonneux, il cherche toujours, quand on cause avec lui, s'il ne va pas être joué une fois de plus et si ce qu'on lui dit est sérieux ; au moment où on l'a interné il allait devenir extrêmement riche, avait trouvé un moyen infaillible de gagner aux courses et prétend qu'il faut être un homme fort intelligent pour être arrivé à découvrir cette méthode. — La parole est un peu lente, et semble arrêtée de temps en temps par un très léger achoppement syllabique (troubles qui, d'après le certificat médical ayant motivé son internement, fut jadis assez accentué) ; on observe un peu de tremblement des extrémités, mais rien du côté de la langue, et pas d'inégalité pupillaire. Depuis trois mois, il a présenté à deux reprises différentes un œdème unilatéral de la paupière (à gauche), avec œdème sous-conjonctival, mais ce trouble trophique a cessé en quelques jours.

Sans doute les idées de satisfaction, les projets irréalisables de M. V..., annonçaient un notable affaiblissement intellectuel, mais le diagnostic hésitant ne put être assuré que le jour où l'on saisit des accrocs très légers, tout à fait intermittents de la parole ; tout dernièrement il fut corroboré par l'apparition inopinée de troubles trophiques du côté des paupières et des conjonctives.

De cette observation il convient de rapprocher la suivante :

D.... (Armand), âgé de 40 ans, ancien sous-officier rengagé, ayant 15 ans de services, a fait de nombreux excès alcooliques, et est en traitement à l'asile pour la troisième fois depuis cinq ans (il n'a pu rester plus d'un mois en liberté). Les facultés intellectuelles sont un peu affaiblies (ce qui se voit à l'absurdité de ses projets), mais il a une conscience exacte du lieu et du temps, raisonne assez juste, est très calme, s'occupe régulièrement à l'atelier des tailleurs (il s'est cependant, en deux circonstances, montré violent et a proféré des menaces contre le Directeur-Médecin en chef). Ses sentiments affectifs sont diminués (il ne parle de sa femme qu'en mauvais termes). En fait de signes physiques de paralysie générale, il ne présente qu'un retard de la sensibilité avec diminution du réflexe patellaire et une parole lente et traînante mais sans accrocs ; par instants, un peu de tremblement de la langue et des lèvres. — Le malade, assez expansif, présente des idées de satisfaction et de grandeur, se croit appelé à de hautes destinées et compte obtenir des places brillantes ; auteur d'un grand nombre de projets absurdes ayant tous pour but l'amélioration de la défense nationale, il ne comprend pas qu'on ne donne pas suite à ses

inventions, il propose, par exemple, de creuser, pendant que les Prussiens investiront Paris, un tunnel de Paris à Versailles, pour permettre aux Parisiens de prendre l'ennemi par derrière ; a inventé un moyen puéril de doubler la portée du fusil et de multiplier prodigieusement le nombre de balles que l'arme peut tirer dans un temps voulu ; il y a quelques jours à peine il envoyait à l'ambassadeur de Grèce plusieurs mémoires, entre autres un « *plan destiné à former un triangle enveloppant l'armée turque et la mettant dans la dure nécessité de se rendre avec armes et bagages et de se constituer prisonnière de guerre* » ; un autre projet concerne la formation à prendre pour éviter considérablement les pertes en hommes pendant le feu de l'artillerie et les feux de l'infanterie ennemie ; enfin c'est le dessin d'un chargeur qui, adapté au fusil grec, lui donnerait la même puissance destructive que le fusil à répétition. D.... veut apporter des réformes à l'ordre social, discute les grandes questions religieuses et écrit au Pape ainsi qu'au Président de la République pour lui faire part de ses projets. Il est également hanté d'idées de persécution et de tendances mystiques ; il croit, par exemple, qu'il n'est pas récompensé de ses inventions parce que d'autres en profitent, et que ce sont les officiers sous les ordres desquels il a servi qui l'ont fait interner pour qu'il ne les dénonce pas ou ne leur fasse pas rembourser le bénéfice qu'il ont pu retirer de ses inventions ; tout cela, c'est la faute aux juifs et aux francs-maçons. — L'état physique est satisfaisant.

La maladie dure depuis plusieurs années ; elle revêt l'apparence de la *dégénérescence mentale* ; on ne constate point de signes physiques de paralysie générale. On est cependant frappé par ses idées de satisfaction, d'inventions absurdes, par ces projets puérils, par ces inconséquences de toute nature avec crises véritables d'excitation maniaque intermittentes qui oblitèrent le jugement de D.... et lui masquent ses intérêts véritables. Fort heureusement il a une retraite incessible et insaisissable, circonstance qui l'a fait échapper maintes fois à la griffe des escrocs. Mais cet ensemble ne suffit pas pour dire : c'est un paralytique général. A l'hôpital militaire, où il fut mis en observation il y a un an, il dut présenter momentanément les symptômes matériels que nous recherchons vainement, car les distingués médecins qui l'ont vu à ce moment ont porté le diagnostic que nous hésitons encore à formuler.

Nous n'insisterons par pour l'instant davantage Notre but a été de mettre en relief divers types de paralysie générale, en commençant par les modalités les plus évidentes. Les signes physiques, au point de vue pratique, sont les seuls véritables éléments diagnostiques de cette maladie qui, sans eux, ressemble souvent à toute autre affection mentale. Ce sont eux qu'il faut rechercher et dépister.

Valeur de l'ichtyol

dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (1)

par MM. les docteurs **Combemale** et **Desoil**

Certains schistes du Tyrol, riches d'un bitume que l'on considère comme le résidu organique de vertébrés fossiles abondants au point de former des bancs exploitables, donnent par distillation et à la suite de différents traitements chimiques un corps oléagineux, l'ichtyol, ou plus correctement le sulfoichtyolate d'ammonium qui, depuis quinze ans, jouit d'une certaine vogue thérapeutique en Allemagne.

Avec la consistance et la couleur du goudron végétal, cette substance a la saveur et l'odeur désagréable du pétrole : son analyse chimique révèle la présence de 10 à 15 0/0 de soufre en combinaison organique stable, d'où il paraît tenir ses propriétés thérapeutiques, vraiment dignes d'attention.

En dermatologie, en gynécologie, en vénéréologie, successivement Unna, Reichmann, Jadassohn dans les pays de langue allemande, Colombini en Italie, Bell en Angleterre, ont vanté l'ichtyol comme résolutif, analgésique et antiseptique. Depuis 1892, il est entré définitivement dans le traitement des affections pulmonaires, grâce aux essais de Scarpa, d'Hoffmann, de Cohn, dans les hôpitaux d'Allemagne, d'Autriche et d'Italie.

Mais en France, l'ichtyol est encore à peine connu, en tant que médicament de la tuberculose pulmonaire. Nous croyons donc être des premiers dans notre pays à avoir essayé l'ichtyol dans la phtisie. Ce n'est pas, du reste, à établir cette priorité que nous plaçons notre ambition ; nous désirons dans cette communication fixer la valeur thérapeutique de cet agent dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Pour établir ce point, nos observations ont été nombreuses et prolongées. Pendant quatorze mois tout tuberculeux entré à l'hôpital de la Charité de Lille, dans le service de la clinique médicale, a été exclusivement soumis au traitement par l'ichtyol ; après les déchets inhérents à ce système et résultant de décès ou de départs anticipés, nous nous trouvons, en tenant compte aussi d'une vingtaine de cas observés en ville, en présence de 110 cas de tuberculose traités uniquement par l'ichtyol ; et sur ce nombre, 70 malades l'ont pris pendant plus d'un mois, 30 pendant plus de trois mois, 10 pendant plus de six mois.

Nous avons présenté à nos malades l'ichtyol en gouttes, en potion, en pilules, en capsules ; or, les formes médicamenteuses qui ont recueilli tous les suffrages sont

(1) Communication au Congrès des sociétés savantes à Paris, séance du 14 avril 1898.

les formes pilulaire ou capsulaire. Avec les deux premiers modes le mauvais goût, les renvois odorants que rien ne parvient à masquer, détournent bien vite le tuberculeux de l'emploi de l'ichtyol ; ce dégoût ne se produit pas avec les pilules dragéifiées ou non et les capsules assez habilement enrobées pour traverser l'estomac sans se dissoudre. La dose ainsi offerte est par pilule de 10 à 15 centigr. ; en capsules le commerce en livre contenant 25 centigr. chacune.

Lorsque nous soumettions un tuberculeux au traitement par l'ichtyol, la dose inaugurale était d'un gramme ; à part quelques exceptions l'assimilation se faisait d'ordinaire parfaitement. Graduellement, à raison de 1 gr. environ de plus chaque semaine, nous atteignions sans la dépasser la dose de 4 gr. Ce que l'on peut craindre, c'est au bout de quelques jours l'apparition de la diarrhée, que tarit vite le plus souvent aussi quelques grammes de dermatol ; si, malgré le dermatol, la diarrhée persiste, il convient de renoncer à l'emploi de l'ichtyol, car la diarrhée surviendrait à chaque tentative ultérieure ; mais ces cas sont très rares. D'ordinaire c'est quand 3 et 4 gr. sont quotidiennement donnés que survient la diarrhée ; c'est du reste alors le moment de faire la pause thérapeutique d'une semaine qu'on recommande dans toute médication un peu prolongée; la diarrhée cesse immédiatement d'elle-même.

Voilà les ennuis inhérents à l'emploi de l'ichtyol aux doses thérapeutiques. Voyons les effets qu'on en obtient, les cas où ils sont les plus appréciables.

Afin d'isoler dans la complexité des causes qui amenaient l'amélioration chez ces tuberculeux, — tous en état de misère physiologique de par l'inanition, le surmenage ou l'alcoolisme —, ce qui revenait à l'ichtyol, nous avons pensé que ce n'était pas l'évolution des lésions anatomiques et la marche générale de la maladie qu'il fallait nous attacher à étudier, mais au contraire les modifications apportées à tel ou tel symptôme. En un mot, estimant que l'hygiène constitue le tréfonds de la thérapeutique de cette affection, nous n'avons pas voulu considérer l'ichtyol comme un médicament curateur de la phtisie pulmonaire, mais seulement comme un auxiliaire de ce traitement primordial, capable de hâter les effets curateurs des moyens hygiéniques, capable aussi de lui préparer les voies. En nous plaçant à ce point de vue, en étudiant les réactions de l'ichtyol sur l'état général et aussi sur l'état local, nous avons observé les faits suivants :

Incontestablement, aux doses indiquées, et si la tolérance est acquise de bonne heure, l'ichtyol agit pour remonter la nutrition des tuberculeux : le soufre organique qu'il contient contribue vraisemblablement à ce résultat. Quoi qu'il en soit de l'explication, on voit sous cette influence le malade augmenter de poids, la fièvre et les sueurs diminuer, puis cesser, la menstruation réapparaître chez la femme, les forces enfin revenir. Telle est la constatation facile à faire aussi bien chez les tuberculeux de la seconde, parfois de la troisième période, que chez les indurés. Cette modification rapide du terrain est bien le fait de l'ichtyol, qui agit d'après nous en disposant l'économie à la meilleure utilisation des matériaux de réparation ; une preuve décisive à notre avis réside dans ce fait que, à la ration quotidienne des hôpitaux, juste suffisante pour former la ration d'entretien, étaient jointes seulement comme prescription, deux tasses de lait et deux cuillerées de poudre de viande au maximum. Cette suralimentation en miniature ne pouvant expliquer des effets si marqués et si rapides, l'ichtyol reste donc la cause efficiente la plus importante de cette amélioration de l'état général. Si le terme médicament d'épargne n'avait pas une si mauvaise presse depuis quelques années, nous emploierions volontiers ce mot pour caractériser l'action générale de l'ichtyol chez les tuberculeux.

Il ne semblera guère étrange qu'avec des effets aussi remarquables, aidés par l'application rigoureuse des prescriptions hygiéniques, des observations de tuberculose pulmonaire guérie aient été publiées à l'étranger ; nous hésitons cependant à être aussi affirmatifs, mais certaines améliorations que nous avons obtenues par ces moyens sont bien voisines de la guérison.

Cette action sur l'état général ne se fait d'ordinaire sentir qu'au bout d'un mois de traitement et avec des doses quotidiennes supérieures à 2 grammes. Nous notons expressément, parce que cela résulte de notre statistique personnelle, qu'un tiers à peine de nos tuberculeux ont été ainsi favorablement influencés : c'étaient les malades atteints à la première période, les tuberculeux torpides ou scléreux qui réagissaient le mieux à l'ichtyol par l'amélioration de l'état général.

Les modifications qu'apporte l'ichtyol sur les symptômes pulmonaires : toux, expectoration, dyspnée, ne sont pas moins dignes d'attention. Ces effets sont réels ; d'autre part ils sont moins spéciaux à telle catégorie clinique de phtisiques, puisque plus des deux tiers de nos tuberculeux en ont bénéficié : plus ou moins complète, plus ou moins prolongée suivant les cas, l'action n'en est pas moins évidente ; elle varie aussi avec les doses d'ichtyol.

Aux doses de 1 à 2 grammes, l'expectoration est modifiée ; plus fluides, les crachats sont plus facilement expulsés, d'où action indirecte sur la toux, qui est moins fréquente et s'emploie plus utilement. Nous penchons, à vrai dire, vers une action sédative spéciale de l'ichtyol

sur les zones tussigènes,et cela parce que, dans les premiers jours qui suivent l'emploi, la toux cesse ou diminue considérablement avant que l'expectoration ait été modifiée ; mais l'explication trop théorique ne vaut pas à nos yeux un fait bien tangible, aussi nous n'insistons pas pour défendre cette hypothèse.

Quand les doses de 3 gr. sont atteintes, les propriétés antiseptiques du médicament interviennent : les crachats se montrent moins purulents, moins fétides, leur flore microbienne est moins abondante : il nous serait difficile de dire si les bacilles de Koch sont en moins grand nombre, si les streptocoques sont moins virulents ; cette recherche nous eut menés trop loin, pour aboutir à des affirmations hasardées peut-être. L'aspect des crachats toutefois est alors celui de crachats bronchitiques peu infectés et ce point mérite d'être retenu.

A cette même dose prolongée et à la dose de 4 gram., l'expectoration diminue ; ce fait constitue une étape de retour vers l'amélioration, s'il s'agit de tubercules indurés ou à peine ramollis. Mais en empêchant un grand excavé ou un tuberculeux à forme très sécrétante de cracher, on augmente la gêne respiratoire, on prépare la congestion, on entretient l'hecticité. Aussi ces doses de 4 gr. ne peuvent être atteintes et dépassées qu'à bon escient, de peur que l'ichtyol ne soit plus seulement un agent thérapeutique curateur. Nous nous abstenons toujours de les atteindre, en ce qui nous concerne, parce que même quand il n'y a pas contre-indication formelle, on n'obtient pas de meilleurs effets qu'à la dose de 3 gr. La dose thérapeutique utile nous paraît alors dépassée.

Les sueurs, la fièvre, l'hémoptysie, ces symptômes de la tuberculose que l'on trouve à toute période et dans tant de formes, ne sont pas directement influencées par l'ichtiol : nous nous abstiendrons d'en parler.

D'après ses effets sur l'état local, l'ichtyol a prise surtout dans les tuberculoses torpides ; il en était de même pour ses effets sur l'état général. Comme aussi quand on utilise son action générale, aux périodes fébriles, dans les formes éréthiques, dans la tuberculose aiguë le médicament n'agit pas ou agit mal sur l'état local.

En résumé nous donnons l'ichtyol à haute dose par une progression rapide, sans toutefois dépasser quatre grammes aux tuberculeux de la première période, et lorsque la fonte des tubercules caséeux n'est pas trop rapide. L'ichtyol agit alors non seulement sur l'état local, dont il combat avantageusement les divers symptômes, mais aussi sur l'état général, amenant l'engraissement rapide et le retour des forces. Chez ces individus nous ne craignons pas de tarir complètement par de hautes doses de médicament l'expectoration commençante. Nous croyons que c'est un excellent moyen d'enrayer la marche de la maladie et de cicatriser les lésions existantes. Si en même temps les conditions d'hygiène générale sont suffisamment bonnes, si aucune incompatibilité matérielle ne vient contrarier ce traitement hygiénique, on peut quelquefois espérer, par l'amélioration croissante de l'état général, une période d'arrêt dans l'évolution de la maladie, ou même une guérison, si la tuberculose évolue sur un bon terrain.

Dans la tuberculose à la seconde période confirmée ou à la troisième période, nous devons au contraire être plus ménagers dans l'emploi du médicament.

On peut craindre, en donnant de trop grandes quantités d'ichtyol, de supprimer trop brusquement chez ces malades l'expectoration qui les soulage, d'amener des phénomènes congestifs ou encore de la diarrhée. L'ichtyol n'a plus alors d'effet bien certain sur l'état général ; il est impuissant à combattre ou même retarder la marche progressive de la maladie et ne peut en aucune façon en modifier le pronostic. Cependant, donné à faible dose, il peut être encore d'une certaine utilité par ses propriétés locales. Il calme la toux, apaise le cœur affolé, et modère la dyspnée. Il agit surtout comme fluidifiant et expectorant et contribue à la désinfection des bronches et à l'élimination facile des crachats.

Enfin dans les périodes terminales de la tuberculose pulmonaire, l'ichtyol garde les mêmes indications. Inoffensif et bien toléré, on peut encore en continuer l'emploi, là où échouent la créosote et ses dérivés et il donne au moins aux malades, par son efficacité limitée aux principaux symptômes, jusqu'à la fin, l'illusion d'un traitement.

FAITS CLINIQUES

Cystocèle compliquée de calcul

par le docteur **Lambret**, chef de clinique chirurgicale.

Il serait oiseux d'insister sur ce fait que la vessie de la femme ne se prête guère à la construction de calculs ; raisons d'anatomie : absence de bas-fond, brièveté de l'urèthre, raison de sexe chez qui les diathèses favorisantes sont rares. Certaines affections peuvent faire varier les conditions anatomiques ; au premier rang, la cystocèle vaginale accompagnée ou non de prolapsus, mais surtout accompagnée de prolapsus utérin. Dans la cystocèle, il y a formation d'un bas-fond vésical plus ou moins profond, suivant le degré de la descente, bas-fond qui peut soutenir victorieusement la comparaison avec ceux que donne chez l'homme, l'hypertrophie même considérable de la prostate. L'existence d'une cystocèle, de par ce fait,

est donc une cause de stagnation de l'urine. Or, la stagnation appelle l'évacuation, et la vessie s'efforce par ses contractions énergiques d'amener cette évacuation, avec succès d'abord, grâce au développement de ses fibres musculaires, puis moins heureusement plus tard, quand elle se laisse forcer. La stagnation est alors définitive. Or, toute vessie qui ne se vide pas est candidate à l'infection, et dans la cystocèle les causes d'infection sont nombreuses et volontiers suscitées par l'irritation à laquelle est exposée l'organe prolabé. Il est inutile de rappeler que la stagnation de l'urine et l'infection vésicale (même légère, comme c'est fréquent dans le prolapsus) sont les causes principales de la formation de calculs dans la vessie. Malgré cela, la présence de calculs dans les cystocèles est chose fort rare. Varnier qui, en 1886, a produit un travail sur ce sujet, a recherché avec beaucoup de soin dans toutes les littératures, les observations publiées, il est arrivé à en réunir 39. Depuis, quelques autres cas ont vraisemblablement été rapportés nous ne les avons pas recherchés, le nombre seul des observations trouvées par Varnier suffit pour démontrer leur rareté.

Comme chez l'homme, les calculs vésicaux chez la femme, même dans les cas de cystocèle, sont primitifs ou secondaires. Primitifs, c'est-à-dire descendus du rein, et en nombre ordinairement grand, de volume petit, présentant des facettes, ou même arrondis comme des grains de plomb par frottement les uns sur les autres, je rappellerai à ce propos l'observation rapportée en décembre dernier par M. le professeur agrégé Carlier, à la Société de médecine du Nord. Les calculs secondaires, c'est-à-dire développés *in situ*, sont moins nombreux et aussi plus volumineux. On les trouve ordinairement dans le bas-fond résultant de la procidence de la vessie, et la palpation les y révèle par hasard le plus souvent. Car chose remarquable ces pierres vésicales sont bien tolérées dans des cas de cystocèles. Il existe rarement de la douleur, quelquefois on note des troubles de la miction caractérisés surtout par de l'incontinence, symptômes qui, grâce à leur peu d'intensité, passent la plupart du temps inaperçus, surtout chez les femmes, qui ne s'observent pas. Cependant, comme le prolapsus de l'utérus et de la vessie est absolument indolore, l'attention du chirurgien doit être mise en éveil quand les malades se plaignent : la douleur doit les engager à examiner l'affection de plus près car c'est un phénomène pour ainsi dire anormal, tant qu'il n'y a pas d'ulcération des muqueuses.

Sur les 39 cas rapportés par Varnier, de pierres uniques ou multiples, 38 fois elles occupaient la partie prolabée de la vessie, elles y séjournaient à cause de leur mobilité et de la déclivité de l'endroit. Une seule fois, et la pièce est maintenant au musée Dupuytren, le calcul occupait le diverticule rétropubien de la vessie (observation appartenant à Cruveilhier).

Il importe de ne pas ignorer l'existence de ce diverticule rétropubien dans les cystocèles, diverticule qui demeure comme un vestige à la place anciennement occupée par la totalité du réservoir vésical ; vraisemblablement sa présence résulte de l'action des ligaments, qui fixent la vessie en haut, et qui s'opposent à sa descente complète. Toutefois, étant donné sa position haute, et l'exiguïté relative de sa cavité, on s'explique mal le développement, dans ce diverticule, d'un calcul volumineux ; il est probable que primitivement le calcul s'est développé dans le bas-fond que nous signalions plus haut et qu'il est tombé secondairement dans ce recessus rétropubien, où il aura été retenu et où il aura continué à s'accroître. L'observation que nous allons rapporter maintenant est l'exemple d'un second cas de calcul rétropubien, volumineux, immobile et comme tel difficile à extirper. Il s'agit donc d'un calcul compliquant une cystocèle vaginale, chose rare et occupant un siège plus rare encore.

Observation. — Femme de 64 ans, opérée par moi, dans le service de mon excellent maître, le professeur Folet. Elle a eu 5 enfants ; le dernier il y a 26 ans, a nécessité une application de forceps, probablement un peu brutale, car trois mois après cette femme s'aperçut que sa matrice dépassait la vulve d'une longueur de trois à quatre centimètres. Depuis cette époque déjà lointaine, la procidence alla en augmentant et actuellement il est facile de constater la présence d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant ; la sangle périnéale est totalement effondrée, c'est une véritable éventration inférieure. A travers la muqueuse cutisée on sent un utérus sénile petit et atrophié, noyé au milieu des anses intestinales qui se laissent réduire en produisant un gargouillement caractéristique. Quand le contenu en est refoulé dans l'abdomen, la tumeur est réductible. L'opération de cure radicale de prolapsus est proposée et acceptée. En faisant la toilette de la malade, je fus naturellement amené à la sonder, je dirigeai d'abord ma sonde en bas vers la partie prolabée et donnai de la sorte issue à une certaine quantité d'urine horriblement fétide ; puis pour être bien certain d'avoir provoqué une évacuation complète, je réduisis la vessie et dans

ce mouvement, je dirigeai ma sonde en haut, vers le pubis ; à mon grand étonnement, je perçus alors la sensation caractéristique de la présence d'un calcul. Je dilatai l'urèthre pour me rendre compte de son volume, il était manifestement très gros, très haut, situé derrière le pubis, et immobile. Il eût été impossible de le faire passer par l'urèthre, je fis donc la taille vésico-vaginale, taille qui n'offrait aucune difficulté en raison de la procidence de la vessie et du vagin. Malgré une large ouverture, l'extraction de la pierre fut assez difficile en raison de sa situation rétropubienne et de son enchatonnement. Elle était grosse comme un œuf de dinde et comme bilobée.

La vessie, en raison de son état d'infection, ne fut pas suturée, j'y fixai un gros drain à demeure, par lequel des lavages furent faits tous les jours. Puis quand, au bout de quinze jours, la cystocèle fut considérablement améliorée et les urines redevenues claires, on s'occupa du prolapsus. La malade sortit guérie de l'hôpital.

Intérêts Professionnels

Des limites de la responsabilité du médecin en cas d'application d'un traitement nouvellement préconisé.

Il y a huit ans, nous avons traité longuement dans ce journal de la responsabilité du médecin en cas d'essai d'un traitement nouveau ou d'une opération nouvelle, sans l'assentiment préalable du client (Voir *Semaine Médicale*, 1890, Annexes, pl. XLVI), mais il s'agissait dans cette étude d'un traitement jusque-là inconnu. Une affaire qui s'est déroulée dernièrement devant le tribunal de paix d'Alger porte sur un point qui est un peu différent ; il s'agit bien dans l'espèce que nous visons d'un traitement nouveau, mais ce traitement n'était pas inconnu, car il avait été déjà préconisé par plusieurs auteurs. Voici les faits tels qu'ils sont exposés dans la décision rendue par le juge de paix d'Alger :

« Attendu que M. le docteur AUBERT a fait citer les époux X... en paiement de la somme de 90 fr., montant des honoraires à lui dus pour soins donnés à la défenderesse en 1896 ;

» Que les époux X... ont formé une demande reconventionnelle en paiement de la somme de 1.000 fr à titre de dommages-intérêts ; qu'ils ont soutenu, à l'appui de leur demande, que le docteur AUBERT avait été chargé de soigner la dame X..., atteinte d'une maladie des fosses nasales et lui avait inoculé le sérum antidiphtérique ; que, d'après eux, la santé de la demanderesse en avait été ébranlée et qu'en prescrivant un tel traitement, ALBERT avait commis une faute lourde, engageant sa responsabilité ;

» Attendu que les parties se sont présentées devant nous et nous ont déclaré proroger d'un commun accord notre compétence pour qu'il fût statué par nous en dernier ressort, tant sur la demande principale que sur la demande reconventionnelle ; que nous leur avons donné acte de leur déclaration ;

» Que l'affaire étant revenue à l'audience, les parties ont conclu à une expertise que nous avons ordonnée ; que le docteur AUBERT a désigné comme expert M. le docteur MOREAU, les époux X..., M. le docteur FRISON, et que nous avons, de notre côté, choisi comme tiers expert M. le docteur BRUCK, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger ; que nous avons défini la mission des experts, les chargeant notamment de nous dire si en appliquant le sérum antidiphtérique aux maladies des fosses nasales, le docteur AUBERT avait commis une faute caractérisée, fait preuve d'imprudence, ou tenté un de ces essais hasardés, téméraires, qu'un médecin expérimenté et consciencieux condamnerait :

» Attendu qu'il résulte du rapport des experts, que l'ozène dont la dame X... est atteinte est une maladie des fosses nasales rebelle à tout traitement ; qu'on a été amené, en ces derniers temps, à appliquer le sérum à cette affection, qui paraît avoir un lien de parenté avec la diphtérie ; que les résultats obtenus par cette méthode ont même, paraît-il, été encourageants : que dès lors, en pratiquant sur la dame X... des injections de sérum antidiphtérique, le docteur AUBERT n'a pas commis de faute lourde, n'a fait preuve d'imprudence en tentant un de ces essais hasardeux qu'un médecin expérimenté et consciencieux condamnerait ; qu'ainsi, le rapport conclut que les injections de sérum étaient indiquées, qu'elles étaient suffisamment justifiées par les succès qu'ont obtenus des praticiens autorisés ; qu'elles avaient été acceptées par la dame X..., et que, d'ailleurs, le mal dont cette dame était atteinte n'avait été ni atténué, ni aggravé par le traitement ;

» Que, dans ces conditions, le docteur AUBERT a formé une demande additionnelle en paiement de la somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts ;

» Attendu qu'en principe, le médecin exerce sa profession en vertu des droits que lui confère la loi et doit agir en pleine indépendance, suivant ses lumières et sa conscience ; que, néanmoins, dans la pratique de son art, il est soumis à la responsabilité générale édictée par les articles 1382 et 1383 du Code civil ;

» Qu'il ne nous appartient pas de trancher des questions d'ordre scientifique, d'apprécier des méthodes, de nous faire juge de l'opportunité d'un traitement et que les questions purement techniques échappent à notre compétence ; mais que nous pouvons rechercher s'il y a, de la part du médecin, négligence caractérisée, oubli des précautions que la prudence commande, des règles admises par tous, commes certaines ; que c'est en nous plaçant dans cet ordre d'idées, que nous devons trancher la question ;

» Qu'il est établi, par le rapport, que non seulement le docteur AUBERT n'a commis aucune faute personnelle, ne s'est en rien écarté des règles que dictent la prudence et les notions générales de la science, mais, qu'au contraire, on a judicieusement appliqué à une maladie rebelle, un remède qui, par analogie, était indiqué ;

» Qu'ainsi le docteur AUBERT ne tombe pas sous le coup des articles 1382 et 1383 du Code civil ;

» Qu'au surplus, l'exercice de la médecine n'aurait plus de raison d'être, si les médecins n'avaient qu'à se croiser les bras

dans les cas extrêmes et s'il ne leur était permis de rien essayer ;

» Qu'il faut leur reconnaître ce droit, du moment où, comme AUBERT, ils ne se départissent pas des règles que dictent le bon sens et la prudence, si, comme AUBERT, ils ne poursuivent d'autre but que la guérison du malade, et ne se livrent pas à ces essais téméraires que réprouveraient tous les praticiens expérimentés :

» Qu'en réclamant une somme aussi minime à titre de dommages-intérêts, AUBERT a voulu tout simplement affirmer l'indépendance du médecin dans la pratique consciencieuse de son art ; que nous devons, en conséquence, faire droit à sa demande principale en paiement d'honoraires et à sa demande additionnelle en dommages-intérêts ;

» Que, par contre, la demande reconventionnelle formée par les époux X..., n'est pas justifiée et doit être écartée.

» Par ces motifs, condamnons les époux X... à payer à AUBERT la somme de 90 francs, montant des honoraires que ce dernier leur réclame ; déboutons les époux X... de leur demande reconventionnelle ; les condamnons à payer à AUBERT la somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic et seméiologie des maladies de l'enfance, par le docteur NIL FILATOW, professeur de pédiâtrie à l'université de Moscou, Rueff, Paris, 1898.

La traduction, publiée sous la direction du docteur PÉRIER, rédacteur en chef de la *Médecine Infantile*, de ce manuel classique en Russie, ne peut qu'être bien accueillie en France.

Un traité récent de diagnostic des maladies de l'enfance manque à nos élèves déjà émancipés de la procédeutique et à nos médecins débutants pour y puiser les éléments nécessaires à la reconnaissance des affections même les plus communes. Dans les signes qui s'offrent, trouver d'instinct l'essentiel, c'est ce qu'il faut apprendre à quiconque n'est pas familiarisé avec les maladies des enfants, c'est ce à quoi s'est attaché avant tout le savant médecin de l'hôpital de Chloudow. Et il a réussi dans sa tâche puisque après quatre éditions en russe, son livre a eu les honneurs de la traduction dans presque toutes les langues de l'Europe.

L'édition française participe de ces qualités, parce qu'elle est une excellente traduction, littérale et non amplifiée ; mais elle a un mérite qu'elle tient du respect que les traducteurs ont eu du texte. Des notules, nombreuses puisqu'on en trouve au bas de presque chaque page, complètent certains points volontairement laissés dans l'ombre par l'auteur, parce que chez l'enfant ces affections sont superposables à celles de l'adulte ou mentionnent les acquisitions récentes de la science postérieures à l'édition russe sur laquelle la traduction a été faite.

Ainsi construit, ce volume de plus de 500 pages est du plus grand intérêt. Le fond en est irréprochable, la forme très heureuse, la lecture facile et attachante ; les recherches y sont très commodes. A le feuilleter seulement toutes ces qualités sautent aux yeux ; on ne s'étonne plus de la faveur dont il jouit en Russie et ailleurs. Inutile de souhaiter à ce livre le succès qu'il mérite ; l'alliance franco-russe aidant, il aura bientôt conquis les suffrages de nos pédiâtres, de nos élèves.

Dr F. C:

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

14e SEMAINE DU 3 AU 9 AVRIL 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	1	2
3 mois à un an	6	12
1 an à 2 ans	10	4
2 à 5 ans	5	5
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	12	12
40 à 60 ans	6	8
60 à 80 ans	13	9
80 ans et au-dessus	4	»
Total	59	57

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	3	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	»	»	»	4	»	»	»	»	»	9	17	17
Moulins, 24,947 hab.	»	2	»	»	»	»	»	1	3	»	1	»	»	2	»	1	»	»	»	6	16	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	3	»	»	»	»	»	»	4	»	3	»	»	9	»	»	»	»	»	5	24	29
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	4
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	6	13	13
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	2	1	»	»	3	»	»	»	»	»	3	12	13
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	2	4	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	1	»	»	2	4	2	»	»	»	3	1	»	»	»	»	5	18	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	3	9
Total	»	6	»	»	2	»	»	4	21	5	9	»	»	26	2	1	1	»	»	39	116	125

N° 67. Deuxième Année, N° 17. Le Numéro : **10 centimes.** 24 Avril 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*
Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Clinique ophtalmologique : Du ptosis, par le professeur **F. de Lapersonne**. — L'opothérapie thyroïdienne dans les accidents hémophiliques, par les docteurs **Combemale** et **Gaudier**. — FAITS CLINIQUES : Rupture de la rate par coup de pied de cheval, par le docteur **Potel**. — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, MM. COMBEMALE et GAUDIER (de Lille), présentent une malade atteinte de goitre exophtalmique, chez laquelle les auteurs pratiquèrent la résection du sympathique.

Le résultat de l'intervention fut : 1° la diminution immédiate de l'exorbitisme ; 2° l'abaissement de 200 à 100 dans la semaine du nombre des battements cardiaques en même temps que la disparition des phénomènes douloureux précordiaux ; 3° sur le goitre l'absence de toute modification.

*** M. JONNESCO, a fait, depuis 1896, quarante-six résections du sympathique cervical, comme traitement de l'épilepsie, du goitre exophtalmique et du glaucome. Chez les épileptiques, 15 sont assez anciens et ont pu être suivis. L'auteur a eu 9 guérisons complètes, 4 améliorations, 2 insuccès.

Sur 5 malades atteints de goitre exophtalmique, les résultats ont été excellents, en particulier quand l'intervention porte sur le ganglion cervical inférieur.

Sur 7 malades opérés pour glaucome, 3 ont largement bénéficié de l'intervention.

*** MM. RALLIET ET MOROT ont observé fréquemment chez les bovidés la présence de kystes hydatiques multiloculaires. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que chez l'homme ces kystes sont rares. Ils sont inconnus en France. On les rencontre assez souvent en Allemagne et surtout en Bavière.

M. LEMAITRE rapporte l'observation d'une jeune femme atteinte de pleurésie purulente gauche. L'empyème donna issue à 14 litres de pus fétide. Avant l'opération on avait constaté en avant et dans le creux axillaire une sonorité tympanique. L'auteur attribue cette sonorité anormale à la distension de l'estomac.

M. ROUSSEAU dit avoir obtenu de bons résultats de l'iodure d'arsenic dans la scrofule.

A la **Société médicale des Hôpitaux,** MM. BESANÇON et GRIFFON apportent le résultat de leurs recherches sur la présence du pneumocoque à la surface de l'amygdale. Au lieu des inoculations en masse de NETTER, ils ont employé une culture élective pour le pneumocoque (sérum de lapin jeune). On admet généralement que l'on trouve le pneumocoque dans la gorge d'individus sains environ 1 fois sur 5. Pour ces auteurs, cette proportion est fausse et due à une mauvaise technique. Le pneumocoque existerait constamment à l'état de saprophyte, au même titre que le streptocoque.

*** M. HAYEM étudie l'action des laxatifs et surtout des alcalins, comme agents producteurs de l'hyperchlorhydrie.

L'emploi prolongé de bicarbonate de soude et des

eaux alcalines détermine, plutôt par intoxication que par action topique. une hyperchlorhydrie très intense.

Mais cet état ne peut s'observer que chez des malades dont la muqueuse stomacale contient des glandes nombreuses et actives. Chez les sujets dont la muqueuse est atrophiée, l'effet des alcalins est inverse, et leur usage amène dans ces cas une dépression pouvant aller jusqu'à l'apepsie.

*** MM. ACHARD et WEIL ont étudié chez plusieurs malades l'insuffisance glycolytique. Leur conclusion est que ce trouble nutritif n'a rien de spécifique, et qu'on le rencontre dans des affections multiples.

*** M. RICHARDIÈRE donne les résultats de la statistique de la diphtérie à l'Hôpital Trousseau. La mortalité générale, déduction faite des malades morts moins de 24 heures après leur entrée, est de 13,5 °/₀.

433 diphtéries sans opération ont donné 4.1 pour 100 de mortalité. La proportion est beaucoup plus forte pour les opérés.

Enfants tubés 27,2 °/₀ ; trachéotomie primitive 45,4 ; secondaire 83 °/₀. La cause habituelle de la mort est la broncho-pneumonie.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. CARLIER décrit un petit procédé très élégant qu'il emploie dans le cas de paraphimosis difficilement réductible, et surtout accompagné d'ulcérations (indication majeure suivant lui). C'est en somme une opération de phimosis faite à rebours.

Il fait, au bistouri, une résection circulaire de l'anneau d'étranglement du paraphimosis ; il pratique ainsi l'ablation du sphincter, puis suture les deux lèvres de la plaie ainsi produite. Il guérit ainsi, à la fois, le malade de son paraphimosis et de son phimosis. La guérison par première intention est très rapide, cinq ou six jours, plus rapide qu'après la réduction simple d'un paraphimosis, où le gonflement et l'ulcération durent souvent longtemps après réduction.

*** MM. COMBEMALE et GAUDIER lisent une observation intitulée : Goitre exophtalmique. Résultat de la sympathicotomie (opération de JABOULAY) sur la tachycardie et l'exophtalmie.

A propos de cette communication, M. WERTHEIMER émet les considérations physiologiques suivantes :

Il est d'avis que l'ablation du ganglion cervical supérieur ne peut avoir un effet immédiat sur l'état du cœur. En effet, dans cette portion descendante du sympathique cervical, il n'y a pas de *filets accélérateurs*. Il l'a démontré par l'expérimentation chez le chien. Les expériences de François FRANCK ont de plus démontré que si on enlevait les *accélérateurs*, il ne se produirait pas d'action modératrice du cœur, et cela parce que les filets accélérateurs n'ont pas d'action *tonique* continue.

Ces deux raisons militent en faveur des conclusions de M. COMBEMALE, à savoir que la diminution de la tachycardie ne semble pas provenir d'une action directe due à la section du sympathique cervical, mais bien d'une action réflexe sur la sécrétion thyroïdienne.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique Ophtalmologique

Du ptosis

Leçon faite par M. le Professeur **F. de Lapersonne**, recueillie par le M. le docteur **Painblan**, chef de clinique

MESSIEURS,

Nous avons opéré mardi dernier, dans le service, un malade atteint de ptosis : je désire à cette occasion étudier avec vous cette affection en insistant particulièrement sur les opérations qu'elle nécessite.

Le ptosis ou blépharoptose est constitué par la chute de la paupière supérieure, due à l'influence du releveur : telle en est la définition exacte qui permet d'éliminer tout de suite les chutes de la paupière dépendant d'autres causes.

Le ptosis peut être uni ou bilatéral, il peut être complet ou incomplet. S'il est complet, la paupière supérieure tombant inerte sur la joue, recouvre la paupière inférieure dont la peau est vite macérée par les larmes. Je me rappelle le cas d'un vieux malade, ancien syphilitique, porteur d'une perforation du voile du palais, qui, à la suite d'une double ophtalmoplégie externe, présenta du ptosis complet, tellement accentué qu'il pouvait à peine se conduire en soutenant sa paupière au moyen de sa casquette mise de travers. Il fut opéré dans le service et le résultat fut si admirable qu'à chaque instant il venait se montrer à nous. Malheureusement sa satisfaction se manifestait par de nombreuses stations dans les estaminets du quartier, et comme il nous arrivait en état d'ébriété complète, nous avons dû le mettre à la porte, et depuis, nous ne l'avons plus revu.

La chute de la paupière est rarement aussi prononcée, le plus souvent le ptosis n'est qu'incomplet,

et d'ailleurs les muscles voisins viennent suppléer à l'action du releveur. Vous savez, en effet, que si le releveur a des antagonistes tels que l'orbiculaire et le sourcilier, il a aussi des auxiliaires : le frontal et les fibres contenues dans le ligament palpébral, réunies sous le nom de muscles de MÜLLER. Cette suppléance par le frontal donne même un aspect caractéristique à la physionomie. L'individu atteint de ptosis relève le sourcil et a le front sillonné de plis et de rides. Joignez à cela la flaccidité particulière de la paupière supérieure et l'attitude toute spéciale du sujet, qui cherche à voir par dessous sa paupière et porte la tête rejetée en arrière, ce qui lui donne un air hautain. S'il se sert d'un lorgnon, il le mettra à l'extrémité de son nez.

Lorsqu'on constate une chute de la paupière supérieure il faut se demander tout d'abord s'il s'agit réellement d'un ptosis, c'est-à-dire d'une insuffisance du releveur. SICHEL a décrit le ptosis adipeux, dû à l'augmentation de la couche cellulo-adipeuse de la paupière. Dans certains cas d'éléphantiasis, de tumeurs érectiles, de kystes ou de tumeurs des paupières, il peut y avoir une véritable chute de la paupière, mais sans insuffisance du releveur ; ce n'est donc pas du ptosis.

Les granulations conjonctivales un peu anciennes s'accompagnent toujours d'une chute de la paupière. Je vous montrerai tout à l'heure une jeune granuleuse qui présente cet aspect d'autant plus caractéristique que l'affection est unilatérale. Dans ce cas, il y a probablement un peu d'insuffisance du releveur ou tout au moins du muscle de MULLER, directement causée par l'inflammation de la muqueuse et de toute la paupière ; le ptosis granuleux rentrerait presque dans le cadre du ptosis vrai.

Il est très important et quelquefois assez difficile de distinguer le ptosis du blépharospasme, résultant d'une violente contraction de l'orbiculaire et produisant la fermeture de l'œil. Le blépharospasme s'observe dans les kératites et accompagne la photophobie et le larmoiement : on le rencontre chez les hystériques, dans certaines affections telles que le tic douloureux de la face. Il se présente sous deux formes: le blépharospasme tonique et le blépharospasme classique. Le premier, seul, pourra être confondu avec le ptosis. Dans le blépharospasme, on peut observer le relèvement du sourcil et la contraction du frontal ; mais jamais on ne constate cette flaccidité particulière de la paupière qui est la caractéristique du ptosis ; au contraire il se produit sur la paupière des plis qui sont en rapport avec la contraction de l'orbiculaire.

De plus, si vous essayez de relever la paupière, cette manœuvre est très facile dans le ptosis, tandis que dans le cas de blépharospasme, on éprouve une certaine résistance : vous savez toutes les difficultés qu'on éprouve à ouvrir les yeux d'un enfant atteint de kératite avec photophobie. Le diagnostic n'est pas toujours aisé au premier abord, mais les doutes seront levés par la constatation du signe que je viens de vous indiquer.

Le ptosis peut être congénital ou acquis. Le premier est souvent héréditaire. Des familles entières peuvent présenter ce défaut et pour mon compte, j'en connais plusieurs, à Lille même. Les membres de ces familles présentent tous le même caractère particulier de marcher la tête renversée, le sourcil relevé, ce dont ils ne paraissent pas se douter. Mais le ptosis augmentant avec l'âge, ces malades viennent nous consulter pour ce défaut qui cause alors une gêne véritable.

Dans certains cas le ptosis congénital est associé à une paralysie ou à une faiblesse du muscle droit supérieur ; non qu'il y ait strabisme inférieur dans la direction ordinaire du regard ; mais si on veut faire regarder le malade en haut, on s'aperçoit que l'œil ne peut exécuter ce mouvement que d'une façon imparfaite, grâce au petit oblique. Cela s'explique par ce fait que la même branche nerveuse du moteur commun innerve le releveur et le droit supérieur. On a signalé des associations musculaires plus inattendues. Certains individus sont obligés de faire des mouvements de mâchoire, pour que leur paupière supérieure puisse se relever. D'autres contractent en même temps les peauciers de la face, ce qui a fait penser que le centre cortical de la mimique passionnelle coïncidait avec celui du releveur.

Dans le cas de ptosis congénital, s'agit-il d'insuffisance musculaire proprement dite, d'un défaut de développement ou d'une paralysie du moteur oculaire commun? Il est certain que dans quelques ptosis congénitaux, il y a parésie du nerf ; la preuve en est dans ce fait que je vous ai cité d'une insuffisance du droit supérieur accompagnant la chute de la paupière. Mais le plus souvent il faut chercher la cause du ptosis dans l'insuffisance du muscle palpébral de

Muller. C'est pour cela que le ptosis congénital est incomplet et permet une certaine ouverture de la fente palpébrale. Le releveur, en effet, obéissant à la volonté, soulève la paupière supérieure en se contractant ; mais ce qui permet de la maintenir sans effort, ce sont les fibres lisses du muscle palpébral.

Le ptosis acquis peut être causé par un traumatisme. A la suite d'un coup, par exemple, un corps étranger qui a traversé la paupière, peut avoir coupé ou contusionné le muscle. Le corps étranger peut rester derrière la paupière, dans l'orbite, et j'ai observé à Lariboisière, avec M. Kirmisson, un cas de ce genre, qui a été signalé du reste dans le traité de pathologie externe des quatre agrégés.

A la suite des opérations qui portent sur l'orbite, on peut observer la chute de la paupière. Dans une opération que j'ai faite pour l'ablation d'une tumeur congénitale de l'orbite, j'ai sectionné de propos délibéré le tendon du releveur, de façon à pouvoir aborder la tumeur par la partie supérieure, et j'ai fait plus tard une opération complémentaire pour remédier au ptosis ainsi produit.

On peut ainsi atteindre le releveur en opérant une tumeur de la glande lacrymale. Sans doute à l'état normal, la glande est assez éloignée, mais si la tumeur volumineuse se prolonge vers la paupière, le releveur peut être touché.

Enfin, dans certains cas sans lésions antérieures, mais à la suite d'une contusion violente, il peut se produire du ptosis, c'est ce qui s'est passé chez notre malade. Il a reçu il y a quatre ans un violent coup de poing sur la paupière ; il s'est présenté à nous avec un hématome volumineux, une chute de la paupière qui s'expliquait alors par la quantité de sang épanché. Puis est survenu un abcès que nous avons incisé au niveau de la queue du sourcil et de la partie externe de l orbite. Tout semblait rentré dans l'ordre, lorsque nous avons vu peu à peu se produire une chute de la paupière qui n'a fait que s'accentuer et qui est complète aujourd'hui. Que s'est-il passé chez cet individu ? Il est peu probable qu'il y ait eu lésion directe du muscle. Mais on a pu constater à la suite de pareils traumatismes des lésions du rebord orbitaire, de véritables fractures, avec fêlures s'enfonçant tout le long de la voûte orbitaire. On en a vu s'étendre jusqu'au trou optique et produire la cécité complète par lésion du nerf. Souvent ces fêlures sont en rapport avec le releveur ou son nerf ; et cela suffit pour produire des myosites ou des névrites aboutissant à l'impotence fonctionnelle.

Plus fréquemment, c'est à la suite de la paralysie de son nerf, que le releveur cesse d'agir. Cette branbre nerveuse provient du moteur oculaire commun, d'une branche qui lui est d'abord commune avec le droit supérieur. La branche du releveur se détache de celle du droit supérieur, plus ou moins loin dans l'orbite ; ce qui explique comment les deux muscles peuvent être lésés ensemble ou atteints séparément. Mais en somme, les lésions orbitaires, traumatismes, ou néoplasmes, sont peu fréquentes par rapport aux lésions du moteur oculaire commun dans le crâne.

Si cette lésion se rencontre dans le trajet du nerf, depuis son origine apparente jusqu'à son entrée dans l'orbite, le nerf est lésé en son entier et le ptosis coïncide avec les autres signes de la paralysie du moteur commun. Si nous remontons encore plus haut et si, au lieu de considérer le tronc même du nerf, nous arrivons à la région des noyaux, nous pourrons de nouveau constater que les lésions nerveuses se traduisent par des paralysies partielles.

D'après les recherches d'Hensen et Volckers, le moteur oculaire commun possède au niveau du plancher du quatrième ventricule, et dans l'intérieur de l'aqueduc de Sylvius, non pas un noyau limité, mais bien un centre assez étendu, constituant une véritable colonne motrice où sont étagés successivement les divers noyaux qui doivent former la troisième paire, de chaque côté de la ligne médiane et très près de l'origine du pathétique (IVe paire). Les auteurs ne sont pas absolument d'accord sur l'ordre dans lequel sont rangés les noyaux des différents muscles, mais on peut admettre deux groupes : l'un antérieur et supérieur, l'autre inférieur. C'est dans le groupe inférieur, touchant presque le noyau du pathétique, que se rencontre le noyau du releveur. A la suite d'une lésion bulbaire très limitée, le releveur seul pourrait être paralysé, sans qu'aucun muscle de l'œil soit atteint.

Mais cette paralysie isolée du releveur se produit surtout, lorsque le siège de la lésion est cortical. Si déjà au niveau du plancher ventriculaire, les parties constitutives de la troisième paire sont séparées, elles s'éloignent encore bien plus les unes des autres en se dirigeant vers le cerveau, et, arrivées à l'écorce, elles sont complètement dissociées. Jusqu'ici on sait peu de chose sur les centres corticaux du moteur commun,

sauf pour le centre des mouvements de la paupière.

En 1877, M. Landouzy, dans les autopsies de sujets qui avaient présenté pendant la vie du ptosis sans lésions des autres muscles de l'œil, a rencontré des altérations très limitées au niveau du lobule du pli courbe et du lobule pariétal inférieur. Je n'ai pas à vous rappeler ici les nombreuses discussions qui ont eu lieu à propos des blépharoptoses d'origine cérébrale; vous les trouverez consignées dans l'excellente thèse de M. Surmont (Lille 1887). Ayant constaté lui-même l'existence d'une lésion très limitée du pli courbe chez un individu ayant présenté de la blépharoptose, il a discuté les différentes observations publiées et il est arrivé à cette conclusion que malgré des faits très intéressants, il n'était pas jusqu'ici possible de considérer d'une façon certaine le pli courbe comme le centre cortical des mouvements des paupières.

En présence d'un ptosis, il faut tout d'abord rechercher la cause. Y a-t-il eu traumatisme ? S'agit-il d'une paralysie d'origine centrale et quelle est la cause de cette paralysie ? Est-elle d'origine syphilitique ou d'origine tabétique ? S'il s'agit d'une paralysie syphilitique, le traitement permettra en quelques jours au malade d'ouvrir l'œil ; et ceci pourra paraître gênant, car si les autres branches du moteur oculaire commun sont tranchées, il y aura diplopie.

Si le ptosis est passager, vous devez songer au tabes ; car les paralysies oculaires passagères constituent un bon signe de début de cette affection.

Lorsque le ptosis dure depuis longtemps, qu'il a résisté au traitement spécifique et à l'électricité ; si la chute de la paupière est définitive et complète, il faut recourir aux moyens chirurgicaux.

Tout d'abord on a inventé une série de procédés pour remédier au ptosis ; je vous citerai seulement pour mémoire les pinces, les lunettes qui relèvent artificiellement la paupière. Je n'insiste pas et j'arrive tout de suite aux opérations qui ont été pratiquées.

Les procédés sont très nombreux, peut-être parce qu'aucun d'eux n'est parfait.

On a d'abord essayé de diminuer la longueur de la paupière en excisant un lambeau cutané. Ce procédé n'a pas réussi parce que la peau de la paupière est extrêmement élastique et que le ptosis se reforme tout de suite.

On a conseillé, et c'est Graefe qui a été le promoteur de cette idée, d'affaiblir le muscle antagoniste, l'orbiculaire. Cette opération plus rationnelle ne peut avoir d'effet que dans les cas légers.

S'inspirant des procédés qui donnent de si beaux résultats dans le strabisme, quelques auteurs ont proposé l'avancement du releveur en raccourcissant le muscle et le ligament suspenseur, ce qui est une manœuvre très délicate.

On a cherché enfin à rendre la paupière dépendante du droit supérieur, en fixant le tendon du releveur sur une languette détachée du droit supérieur. M. Motais a décrit cette opération à la dernière réunion de la Société française d'ophtalmologie. Son procédé est extrêmement ingénieux, mais d'une exécution difficile. En outre des difficultés que présente l'opération en elle même, le gros inconvénient de ce procédé est, à mon avis, de rendre la paupière dépendante des mouvements du globe ; chaque fois que le malade voudra ouvrir la paupière, il sera obligé de regarder en l'air. Le même reproche pourrait être adressé au procédé de M. Parinaud.

Au point de vue de l'esthétique, ce procédé peut être excellent ; au point de vue de l'utilité, il me paraît inférieur à d'autres méthodes.

Depuis longtemps, on s'était aperçu que le frontal supplée dans une certaine mesure le releveur. Hunt, de Manchester, a eu le premier l'idée de profiter de cette suppléance. Pagenstecker et Dransart ont imaginé simultanément un procédé ingénieux. M. Dransart passe deux ou trois anses de fil dont les chefs partant de la paupière, près de son bord libre, suivent un trajet sous-cutané vertical, jusqu'au dessus du sourcil : là les extrémités libres de l'anse sont nouées sur un petit rouleau de diachylon. Les jours suivants, on resserre les fils, bientôt ceux-ci remontent dans l'épaisseur de la paupière, laissant derrière eux de petites lames cicatricielles qui servent d'intermédiaire entre le cartilage tarsé et le muscle frontal dont elles forment, pour ainsi dire, les tendons d'attache.

L'idée était très ingénieuse et elle a donné quelques bons résultats, surtout dans les cas de ptosis congénital. Des cas heureux ont été relatés dans la thèse du docteur Beauvois.

Mais on s'est aperçu des défauts de la méthode. Dianoux, de Nantes, qui avait beaucoup pratiqué cette opération, est venu dire à la Société d'ophtalmologie que les résultats qu'il avait obtenus ne s'étaient pas maintenus, que ces brides fibreuses se tiraillaient peu

à peu et que le ptosis se reproduisait. De plus ces fils qui forment des sétons dont les orifices sont exposés à l'extérieur, créent de petits trajets fistuleux qui peuvent s'infecter et suppurer. Dans plusieurs cas, la suppuration s'est diffusée et a produit des abcès des paupières. En présence du gonflement, ABADIE a dû couper les fils au quatrième jour.

C'est en 1886 que M. PANAS a proposé l'opération qui porte son nom. D'abord difficilement acceptée, elle est aujourd'hui pratiquée par un grand nombre de chirurgiens. Bien que laissant plus de traces cicatricielles, elle doit être acceptée pour les cas aussi complets que le nôtre. Voici comment j'ai procédé chez ce malade.

Le malade étant chloroformé, j'ai fait parallèlement et au-dessous du sourcil, une incision de trois à quatre centimètres, répondant à la partie moyenne du sourcil et intéressant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le muscle orbiculaire. De ces deux extrémités partent deux incisions obliques en bas se dirigeant vers les commissures interne et externe, mais restant distantes du bord palpébral d'environ trois à quatre millimètres. Le lambeau trapézoïde qui en résulte est disséqué de haut en bas, jusqu'à ce qu'on voie dans le fond de la plaie, le ligament suspenseur et même le bord supérieur du tarse. Cela étant fait, on pratique au-dessus du sourcil, une incision profonde allant jusqu'au périoste, elle doit être parallèle à l'incision inférieure du sourcil et de même longueur ; ces deux incisions sont réunies par une dissection profonde ; il en résulte que le sourcil et le muscle pyramidal forment un pont libre par sa partie moyenne, adhérent par ses deux extrémités. Deux ou trois sutures sont alors placées sur le bord supérieur du tarse au niveau du ligament suspenseur, les anses de fil sont conduites avec le lambeau palpébral vers le front en passant sous le pont sourcilier. Les fils du ligament suspenseur sont d'abord suturés et plus ou moins serrés suivant le degré de relèvement que l'on veut obtenir en dehors de toute contraction du frontal, c'est un plan de sutures profondes qui a une très grande importance. Le lambeau palpébral est enfin réuni à la peau du front après avoir été raccourci s'il y a lieu : des sutures latérales façonnent le lambeau.

Voilà, Messieurs, l'opération que j'ai pratiquée. Actuellement le malade ne souffre pas ; il existe un pli latéral qui disparaîtra petit à petit ; la paupière est encore un peu gonflée ; mais dans quelque temps tout sera rentré dans l'ordre ; je vous montrerai le malade et vous pourrez constater par vous même le résultat obtenu (1).

L'opothérapie thyroïdienne dans les accidents hémophiliques (2)

par les docteurs **Combemale** et **Gaudier**

Dans une observation remarquable, bien que succincte, publiée dans le *Scalpel* du 7 novembre 1897, le docteur DEJACE annonçait le premier, à notre connaissance du moins, que l'ingestion de préparations de corps thyroïde avait sur les manifestations de l'hémophilie une action thérapeutique certaine. Sa malade, couverte de taches purpuriques, perdait à chaque période menstruelle le sang avec une inquiétante abondance durant 12 à 14 jours, ses gencives saignaient au moindre attouchement ; malgré qu'elle eût été soumise aux traitements les plus divers et les plus énergiques depuis deux ans, quand elle se présenta à l'examen de notre confrère, l'anémie était excessive. La prise de trois capsules de corps thyroïde Vigier pendant huit jours permit de réduire à quatre jours les règles, qui coulèrent d'une façon modérée ; au bout de vingt-cinq jours du même traitement, toutes manifestations hémophiliques avaient disparu.

C'est un cas analogue, à accidents plus sévères et plus étendus néanmoins, qu'inspirés par le travail du docteur DEJACE, nous avons, avec plein succès aussi, traité et guéri par l'opothérapie thyroïdienne. En voici la relation dépouillée de toute considération théorique, pour lui laisser toute la valeur d'un fait clinique.

Mme S ... âgée de 38 ans, directrice d'école à L.., mariée, sans enfants, présente depuis deux ans des accidents hémophiliques qui minent sa santé et lui rendent impossible l'exercice de sa profession. En 1896, une expuition sanguine, légère mais continue, qui lui survint à la suite de fatigue vocale, lui fit supposer qu'elle était tuberculeuse ; l'examen laryngoscopique, pratiqué par l'un de nous, révéla la vraie nature de ces hémorrhagies.

En effet, très facilement, l'on constatait, que les bandes ventriculaires droites et gauches étaient tuméfiées et ecchymotiques, et l'on pouvait en quelque sorte assister, en faisant tousser la malade, à une hémorrhagie en nappe, qui se produisait à la surface de ces bandes ventriculaires. Ces hémorrhagies étaient

(1) Le malade a été revu plusieurs fois à la consultation, le résultat s'est maintenu.

(2) Communication au Congrès français de médecine (session de Montpellier), séance du 14 avril 1898.

très abondantes et survenaient pour ainsi dire sans cause, à l'occasion du moindre effort.

Dans le courant de 1897, ces hémorrhagies devinrent plus inquiétantes : le larynx saignait constamment ; bien plus, le miroir laryngé porté dans le pharynx provoquait le suintement sanguin immédiat. La paroi postérieure du pharynx était ecchymotique, et il se faisait de petites hémorrhagies au niveau de la base de la langue, autour de l'amygdale linguale.

Nous apprîmes alors que depuis fort longtemps toute piqûre, toute coupure saignait abondamment et longtemps, que de graves épistaxis s'étaient à reprises différentes présentées chez elle ; nous apprîmes qu'à plusieurs reprises des métrorrhagies importantes s'étaient produites à l'occasion des règles, lesquelles étaient toujours de longue durée, jusqu'à quinze jours parfois ; nous apprîmes aussi que peu de temps auparavant, elle avait aussi perdu du sang pur par l'anus. L'absence d'hémorrhoïdes nous fit supposer qu'il s'était agi d'une entérorrhagie.

Contre cette hémophilie évidente, les médications suivantes furent successivement instituées et religieusement suivies, sans résultats du reste. Ce furent les injections hypodermiques d'ergotinine ; les instillations dans le larynx d'eau oxygénée ; le tamponnement des fosses nasales, la cautérisation de petites varices de la cloison nasale, en un mot le traitement banal de l'hémophilie avec toute la série de reconstituants et de toniques qu'il appelle.

Ces insuccès lassaient la malade, épuisaient ses forces : le purpura couvrait ses jambes, ses bras ; ses gencives saignotaient perpétuellement ; chaque matin des caillots sanguins de provenance laryngée encombraient son pharynx. La situation était critique et paraissait désespérée au malade, tant la faiblesse était grande, la confiance en la thérapeutique disparue. A vrai dire nous partagions in petto ce découragement, et ce fut à titre d'essai que nous proposâmes l'ingestion de tabloïdes de dry gland thyroïd de Burroughs et Welcome. Un tabloïde fut pris chaque jour pendant dix jours.

Au premier rendez-vous donné, Mme S.... était exacte, pour nous faire part de sa joie : elle ne saignait plus du larynx, ses gencives étaient moins douloureuses, le purpura avait disparu. Sans être plein, le pouls avait acquis des qualités d'ampleur appréciables. Malgré que l'observation du docteur Dejace nous eût guidé dans le traitement, la chose ne laissait cependant pas que de nous surprendre ; nous crûmes à un pseudo-diagnostic de notre part. L'hystérie fut recherchée et ne fut décelée par aucun stigmate sensitif ou sensoriel actuel, par aucun accident dans le passé ; en présence du mari, et auprès du mari d'autre part, la syphilis fut également recherchée et ne fut pas trouvée ; la sobriété exemplaire de la malade et l'absence de tout stigmate firent rejeter l'alcoolisme ; l'examen des urines ne révélait d'autre part aucune altération rénale, pas plus que l'auscultation du cœur ne révélait de lésion cardiaque.

Une seconde période de dix jours de traitement par la glande thyroïde aux mêmes doses fut instituée, sans repos intercalaire. Et dix jours après, la malade nous annonçait la venue sans fracas et pour cinq jours de ses règles ; aucune hémorrhagie supplémentaire ne s'était produite. Mme S... se sentait si bien qu'elle voulait reprendre son service, pour lequel elle avait obtenu un congé depuis deux mois. De fait, l'odeur aigrelette de l'haleine qu'entretenait auparavant la présence du sang dans la bouche, le nez, le larynx avait disparu ; les forces revenaient, les couleurs aussi, la voix s'éclaircissait. Un diagnostic étiologique par commémoratifs et aussi par examen direct fut vainement poursuivi encore. Il s'agissait bien d'hémophilie, d'accidents hémophiliques guéris par l'opothérapie thyroïdienne. Nous n'en pouvions croire nos yeux.

Ce ne fut que difficilement que notre malade fut convaincue qu'elle ne devait pas encore reprendre la direction de son école. Deux autres périodes de traitement de dix jours séparées d'une période de repos d'égale durée furent cependant obtenues sans que les accidents primitifs reparussent.

Voilà maintenant quatre mois pleins que la médication par les tabloïdes de glande thyroïde fut instituée ; Mme S.... est retournée à ses élèves, ayant recouvré sa voix, ne perdant plus de sang ; ces accidents, si tenaces et si sérieux, d'hémophilie sont conjurés.

Quelques cas encore, aussi probants que celui-là, et l'on pourra se prononcer sur la valeur de l'opothérapie thyroïdienne contre les accidents de l'hémophilie. Le médecin ne serait plus si complètement désarmé.

FAITS CLINIQUES

Hôpital de la Charité. -- Service de M. le professeur DUBAR

Rupture de la rate par coup de pied de cheval

par le Dr **Potel**, chef de Clinique chirurgicale

Léon X..., 14 ans, monté derrière un camion en marche, perd l'équilibre, tombe, et est piétiné par le cheval d'une voiture qui arrivait derrière le camion.

On relève l'enfant. Le petit blessé n'a pas perdu connaissance, mais il se plaint d'une vive douleur au niveau de l'hypochondre gauche. En même temps, il est pris de vomissements.

On amène l'enfant à l'hôpital de la Charité, service de M. le Professeur Dubar, le soir de l'accident. Il se plaint d'une soif intense et réclame sans cesse à boire. Mais il vomit presque aussitôt le peu de liquide qu'on lui a permis d'absorber.

Le lendemain matin, à la visite, l'enfant paraît anxieux, agité. La soif persiste, aussi intense. Il localise sa douleur au niveau de l'hypochondre gauche. Les téguments de l'abdomen ne présentent en

aucun point de teinte ecchymotique. Point d'éraflure de la peau, pas de fracture de côtes, pas de météorisme. Les muscles droits sont contractés.

La percussion est particulièrement douloureuse à gauche. Elle ne révèle de matité en aucun point de l'abdomen. Pouls, 120 ; température 36°5. Il n'y a pas eu de garde-robe. L'urine rendue en petits quantité est claire, sans trace de sang.

Devant cet état général qui en somme ne présente rien d'alarmant et l'absence de signes révélant une hémorrhagie intra-péritonéale, on prescrit des applications de glace, en permanence, sur le ventre, une injection de morphine, diète et immobilité complète.

Cependant l'état du petit malade s'aggrave. L'agitation et la soif augmentent. Puis le blessé devient pâle, le pouls petit. Quelques vomissements et l'enfant meurt, trente-six heures après l'accident.

Autopsie. — Le ventre est légèrement ballonné. La peau de l'abdomen présente une teinte verdâtre, mais nulle part des traces d'ecchymoses. Les côtes sont intactes.

L'ouverture de l'abdomen donne issue à environ 700 grammes de liquide hématique noir. Les anses intestinales sont distendues; aucune trace de matières alimentaires ou fécales dans le péritoine. Pas de fausses membranes.

On fait une incision en croix de façon à pouvoir explorer complètement la cavité abdominale. On aperçoit alors dans l'hypochondre gauche, englobant la rate, de nombreux caillots cruoriques.

La rate, disséquée avec soin, présente une déchirure demi-circulaire longue d'environ 10 centimètres, occupant presque toute l'épaisseur du viscère, surtout vers la partie avoisinant le hile

La grande courbure de l'estomac présente une teinte ecchymotique, qu'on n'aperçoit pas sur sa face interne. Le cardia et la portion du diaphragme qui l'entoure sont fortement ecchymosés. Le pancréas a été également contusionnée.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation c'est d'abord la gravité des lésions viscérales. Rupture de la rate, contusion grave du cardia, du diaphragme, et du pancréas comparée à l'intégrité absolue de la peau et des parois thoracique et abdominale.

Ensuite les symptômes d'hémorrhagie intra-péritonéale ont été extrêmement frustes.

Les signes prédominants sont le vomissement, dû probablement à la contusion du plexus solaire, de l'estomac et du diaphragme. Il nous semble qu'il eût été difficile, avec les seuls signes observés, de poser un diagnostic assez sûr pour tenter d intervenir d'une façon, peut-être efficace, par la splénectomie.

VARIÉTÉS

Pratiques empiriques des Flandres, à la fin du XIX[e] siècle

Par M. le docteur **P. Haan** (du Havre)

Il est parfois très curieux de constater les singuliers errements, dans lesquels tombent des personnes qui, guidées uniquement par l'esprit incohérent de leurs pratiques, ne peuvent rien produire qui puisse légitimer leurs actions.

Il est bien certain que l'exploitation de la crédulité humaine a été de tout temps, que le choc moral créé par la maladie a pu établir une tendance à accepter l'inexplicable, et que les proches eux-mêmes, en état de débilité émotive, ont pu favoriser l'application de procédés plus souvent nuisibles qu'inutiles. L'affolement engendré par le péril, excuserait à la rigueur ces défaillances de l'esprit, mais bien des personnes repoussent de parti pris les déductions logiques fournies par la science, pour se réfugier dans d'absurdes et incompréhensibles pratiques, transmises parfois depuis un temps immémorial.

Dans le domaine médical, nous ne ferons pas l'histoire des rebouteurs, guérisseurs, charlatans, etc... Ils pullulent partout, et jouissent souvent du respect des masses. Leur vitalité fournit la preuve de ce que nous avancions au début. Ils sont comme les prêtres de l'erreur, entretenant leurs privilèges à la faveur d'apparences surnaturelles. Toutefois il est intéressant de remarquer, que suivant le lieu, et le caractère du pays, les procédés empiriques se modifient; les observations assez nombreuses que nous avons pu recueillir dans l'exercice de notre profession médicale, nous l'ont montré.

Dans le courant du mois d'avril 1895, nous fûmes appelés à Lille, auprès d'un enfant de deux ans et demi, frappé de méningite, et arrivé à la dernière période de l'affection. La fièvre était intense, le pouls fréquent, la respiration très embarrassée.

Le petit malade, après une longue phase d'excitation et de convulsions, était dans un coma précurseur de la mort. Un confrère devant le traitement duquel nous n'avions qu'à nous incliner avait soigné l'enfant, et certes notre intervention ne pouvait avoir aucun effet utile, lorsque la mère, devant la gravité de notre pronostic, nous dit :

« Le médecin a bien déclaré que l'enfant était perdu, *mais*
» *j'ai tout de même mis les pigeons, le troisième seul s'est*
» *debattu, et j'ai bien vu qu'il n'y avait plus d'espoir* ».

Notre surprise fut grande, ne saisissant pas ce que les pigeons venaient faire en semblable occurrence, et feignant de m'intéresser vivement à l'action de ces oiseaux, je me fis raconter ce qui suit. Les détails m'en furent même certifiés quelques jours après par une personne qui avait assisté à cette tentative de burlesque thérapeutique.

On dispose de trois pigeons vivants, qui tous sont appelés à jouer le même rôle, on les met successivement sous l'enfant, le bec placé dans l'anus du petit malade. Cela fait, on attend; il paraît que pour que l'effet produit soit favorable, le pigeon *doit gonfler, se debattre et crier.*

Dans le cas en question le premier pigeon ne donna aucun résultat et mourut certainement étouffé. Il en fut de même

pour le second. Le troisième se débattit, cria, mais si peu, que tous les assistants n'hésitèrent pas à déclarer que le pauvre petit malade était perdu.

Nous avions lieu d'être bien étonnés, et devant une foi aussi belle, qu'absurde, nous risquâmes timidement :

« Mais que devaient donc faire les pigeons, pour agir utilement ? »

Il leur fallait débarrasser l'intestin, et l'enfant était sauvé, nous fut-il dit textuellement.

L'extraordinaire bizarrerie de cette méthode est bien faite pour surprendre ; nous ferons cependant remarquer qu'elle semble s'adresser à un des symptômes presque constant dans la méningite : la constipation. Pourquoi combattre celle-ci par l'emploi du pigeon auquel serait dévolu le pouvoir de guérir ? Il y a là comme un procédé symbolique, qui, paraît-il, est très ancien en Flandre.

Nous avons appris depuis, que les pigeons jouissaient dans le Nord, auprès de beaucoup de personnes, d'un grand crédit thérapeutique.

Les façons de procéder varient il est vrai.

D'aucuns nous ont dit les avoir couramment employés dans le cas de pleurésie.

Le pigeon vivant, d'un seul coup de couteau bien tranchant est ouvert de la tête à la queue, et appliqué tout chaud, sur la paroi costale, du côté de l'épanchement. *Si le sang de l'animal noircit très vite, le pronostic est excellent.* Le même moyen s'emploie aussi dans la méningite des enfants, en plaçant cette fois le pigeon mourant sur la tête.

Ne semble-t-il pas qu'il y a dans toutes ces pratiques, comme un reste du rôle antique des augures pour lesquels l'inspection des entrailles des victimes était si importante, ou bien faut-il songer, que dans l'application du pigeon sur la partie malade, les fervents de la méthode n'aient en vue qu'une sorte de révulsion, d'ailleurs absolument impossible. Aucun de ceux que nous avons interrogés n'a même pu nous fournir un semblant de raison.

On serait tenté de croire que ces pratiques appartiennent en propre, à un milieu où l'esprit peu ouvert, reste victime d'une ignorance souvent profonde. Il faut se détromper, car en questionnant de droite et de gauche, nous avons pu nous faire narrer par une dame du meilleur monde industriel du Nord, ce qu'elle avait fait de son propre mouvement, pour un de ses enfants frappé de méningite. Plusieurs médecins avaient été appelés, tous avaient été d'accord dans leur arrêt fatal. C'est alors que cette dame, affolée de désespoir, prit un pigeon vivant, lui ouvrit rapidement le thorax, et y *enlevant le cœur encore palpitant, le plaça sur la tête de son enfant*, qui succomba d'ailleurs dans la journée. Le cœur de pigeon ainsi employé a la réputation d'agir *par son électricité (??)*

Dans le même ordre d'idées, nous pouvons encore exposer un mode de traitement des angines, que nous avons vu employer à Lille par quelques Belges, et qui, paraît-il, est très répandu en Hollande et en Belgique.

Il consiste tout simplement, pour le malade, à se mettre dans la bouche une forte grenouille qui doit, paraît-il « *gonfler et noircir pour tirer le mal* ». Si la première employée ne donne pas un résultat convenable, on peut user d'une seconde. Les partisans de cette méthode en vantent les heureux effets, sans que nous puissions saisir la signification exacte de ce batracien.

Tels sont les quelques procédés empiriques que nous avons voulu citer aujourd'hui. Ils montrent combien grand est le nombre des imaginations simples, facilement impressionnables, que les procédés les plus baroques, les plus inexplicables ont encore malheureusement le privilège de séduire.

Les sages-femmes et le forceps.

Les revendications féminines sont à la mode pour l'instant, et le jupon tend à devenir l'étendard de la révolte. C'est sans doute pour obéir à ces tendances féministes que les sages-femmes s'insurgent et réclament le droit au forceps. Je n'ai pas la prétention de pouvoir, en un court article, poser le pour et surtout le contre de cette très sérieuse question. Sans vouloir l'affirmer, je crois — ce qui à mon avis prime tout — que pas mal d'applications de forceps seraient faites un peu trop hâtivement (*auri sacra fames*) et qu'au bout de quelque temps de ce regime, on pourrait, parodiant le Roi Soleil, s'exclamer : « Il n'y a plus de périnées ».

Mais, encore une fois, je ne veux rien dire de trop. Je voudrais seulement analyser, tel un rhétoricien, un petit article que je lus récemment dans le *Parfait nourricier*, journal des *accoucheuses*. Je dis *accoucheuses* et souligne à dessein, car le mot est gros de tendances. De même que les apothicaires se sont mués en pharmaciens, que les portiers se targuent d'être concierges et les masseurs d'être médecins, de même les sages-femmes ne veulent plus être sages-femmes, elles veulent être sacrées *accoucheuses*, tout comme nous, docteurs, sommes des accoucheurs. Et nous devons bien quelque reconnaissance à ces dames de nous vouloir élever jusqu'à elles ! C'était pourtant bien beau ce nom de sages, et Socrate s'en contenta, tout fils d'accoucheuse qu'il fût.

Donc, l'article en question traite du cas du Dr Laporte et, avec quelque mauvaise foi, en déduit ceci : « Lorsque le Dr
» Laporte fut appelé, la parturiente était en travail depuis de
» longues heures. Elle avait auprès d'elle une de nos collè-
» gues, accoucheuse distinguée . . . .

. . . .

» Si elle avait eu le droit de se servir de ce malheureux
» forceps, elle en aurait fait une application dès que les diffi-
» cultés de dégagement lui eussent semblé évidentes. La
» femme aurait accouché. La mère, l'enfant et le Dr Laporte
» eussent été sauvés ».

Mais si l'application de forceps était clairement nécessaire, que devait donc faire dans ce cas cette accoucheuse si distinguée ? La réponse sera unanime, elle devait de suite, et sans hésitation, envoyer chercher un médecin.

Au lieu de cela, que fait elle ? Elle *attend*, nous dit la signataire de l'article, à qui je laisse la parole pour nous expliquer cette singulière conduite : « Elle en a tant vu déjà, dans sa
» pratique, de ces têtes qui semblent ne devoir jamais fran-
» chir le détroit et qui, avec un peu de patience et beaucoup
» de douleurs inutiles, finissent par glisser comme une lettre
» à la poste ».

Et pourtant, si ces douleurs sont inutiles, pourquoi ne les point éviter à la parturiente? Voilà qui serait de l'humanité! bien plus que le *droit au forceps!* Il doit y avoir un autre motif. Or, le voici tout au long exprimé dans la phrase suivante : « Alors elle attend avant de déranger un medecin. Elle » se dit qu'elle serait un peu confuse si, avant que le docteur » fût arrivé, l'accouchement s'était terminé de lui-même; que » cela lui ferait du tort dans le quartier ».

Enfin! voilà le grand mot lâché; la femme pouvait souffrir, l'enfant mourir, les contractions utérines faiblir, pourvu que la sage-femme vît croître et embellir sa clientèle.

Eh bien, si vraiment, comme l'insinue plus loin l'auteur de l'article, c'est seulement par *stupide vanité masculine* qu'on refuse aux sages-femmes le droit au forceps, ne voilà-t-il pas, en regard, un bien bel exemple de *vanité féminine*, sans qualificatif. Et cela nous donne tout lieu de craindre qu'une fois autorisées à se servir du forceps, le désir de se couvrir de gloire et de faire briller leurs petits talents aux yeux des concierges et autres témoins de même gabarit ne pousse les *accoucheuses* à tenter de trop hâtives ou d'intempestives applications. Et puis, il n'y aurait plus de raison pour que cela s'arrêtât. Pourquoi ne pas ouvrir des abcès, ou faire des amputations? Et nous avons bien le droit de penser que deux années d'études obstétricales, complément d'une instruction très primaire, pour ne point dire primitive, ne doivent et ne peuvent point donner les mêmes droits que nous ont conférés nos 6 à 10 années d'études médicales, sans compter celles qui précèdent.

(Concours méd.) Dr Devoir

Le bon vieux temps.

Ceux de nos Confrères qui portent des cheveux blancs nous parlent souvent de l'époque où ils débutaient dans la carrière, et déplorent parfois les changements qu'a subis notre profession.

Cependant, si, au lieu d'accepter d'emblée, comme juste, leur impression d'ensemble, vous les forcez à comparer, trait pour trait, le présent et le passé lointain, vous êtes souvent étonné de ne pas trouver de bases très précises à leur appréciation.

Sans doute, le client était plus fidèle, mais était-ce de son plein gré? Moins de médecins, pas de chemins de fer, il fallait bien s'en tenir, faute de mieux, au vieil ami de la famille. C'était plutôt résignation peut-être, que confiance, dans le praticien de la localité.

Plus de prestige et de reconnaissance qu'aujourd'hui, disent-ils encore. — Hélas! la reconnaissance eût-elle résisté à l'envoi de la note d'honoraires légitimement calculée? Le prestige, qui tenait pour beaucoup au faible niveau de l'instruction générale et à l'absence de l'activité politique, n'était-il pas condamné à disparaître avec le régime qui modifierait cet état de choses? Il nous paraît injuste de dire que nous avons, seuls et de nous-mêmes, supprimé ces rares privilèges; ce sont les mœurs ambiantes qui ont tout changé.

On les payait cher, du reste, ces privilèges, dans le corps médical. Quiconque entrait pauvre dans la profession, en sortait de même, après un labeur sans fin, à moins qu'il n'eût rencontré, sur son chemin, la riche héritière qui pouvait apporter l'aisance et permettre d'assurer l'avenir des enfants. Pas plus qu'aujourd'hui, la profession ne nourrissait l'homme, et s'il en vivait plus facilement, c'est que les besoins étaient moindres.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de cette supériorité, peut-être contestable, du *bon vieux temps*, force est de reconnaître qu'il est passé, qu'il est mort, qu'il ne ressuscitera pas.

Et, comme à des jours nouveaux, il faut des mœurs nouvelles, les us et coutumes de beaucoup de vieux médecins sont devenus de très dangereux anachronismes, que l'intérêt général oblige à supprimer au plus tôt.

N'est-ce pas faire une concurrence blâmable aux jeunes confrères que de fournir sa note, tous les dix ans, ou à la mort du chef de la maison, afin d'enchaîner la liberté des familles, et de fermer la porte au débutant qui a besoin de vivre? Et que dirions-nous de ceux qui, riches et peu actifs, acceptent, à prix réduit, le monopole de tous les services publics, quitte à les remplir à peu près, mais en vue de gagner de l'influence ou des médailles, et de barrer la route à leurs voisins de clientèle, très dignes d'encouragement dans leur effort nécessaire?

De même, à un autre point de vue, jugez ce vieux médecin qui, à l'arrivée d'un concurrent, lui abandonne tous les moribonds de sa clientèle, en refusant de se rendre de nouveau à leur chevet, et dans le but avoué de préparer au dernier venu la série noire qui le coulera. Jugez aussi ceux encore trop nombreux, qui ne lui rendent pas sa visite, qui le récusent en consultation parce qu'il est plus jeune qu'eux; qui ne veulent pas le renseigner sur les prix et les coutumes de la région, qui le lâchent dans toute tentative heureuse pour l'intérêt général, relèvement d'honoraires, résistance à des empiètements, qui profitent de leurs situations acquises pour faire tenir les autres à l'écart, partout et toujours!!

Tous ces procédés qui furent du vieux temps peut-être plus que du présent, sont-ils de nature à inspirer l'estime, le respect, le goût de la déontologie, à nos jeunes rivaux dont nous sommes si enclins à critiquer l'attitude?

Non, ils détonnent dans la solidarité et la dignité que nous rêvons tous de voir progresser : souhaitons qu'ils disparaissent dans l'oubli avec le passé irrévocablement disparu aussi.

Pénétrons-nous de cette idée que la jeune génération médicale sera ce que nous la ferons, par notre accueil, par notre bienveillance, par notre appui, s'il le faut.

Et, si les anciens le veulent, nous avons l'espoir qu'elle nous empêchera de regretter le *bon vieux temps*.

Dr H. Jeanne

La valeur marchande d'un médecin

La cour suprême de New-York a rendu dernièrement un verdict qui précise ce détail particulier aux Etats-Unis.

Un médecin étant mort dans un accident de chemin de fer, la Cour a condamné la compagnie responsable à payer à la veuve la somme de 30.000 dollars, soit 150.000 francs.

Intérêts Professionnels

Le pharmacien qui délivre sans ordonnance de médecin une préparation médicinale non formulée au Codex ne commet pas le délit d'exercice illégal de la médecine.

Il semble de toute évidence que le paragraphe 3 de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 portant qu'exerce illégalement la médecine « toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère » doive s'appliquer aux pharmaciens qui vendent, sans ordonnance de médecin, une préparation médicinale non formulée au Codex, c'est-à-dire une préparation magistrale. Tel avait été l'avis du tribunal correctionnel de Reims qui avait condamné un pharmacien de cette ville à huit jours d'emprisonnement et 200 francs d'amende pour avoir vendu une préparation magistrale sans ordonnance de médecin.

Sur l'appel du prévenu et du ministère public, la Cour de Paris a rendu il y a quelques mois un arrêt infirmant le jugement de première instance et décidant que le fait de vendre un médicament dans les conditions ci-dessus indiquées constituait seulement une contravention aux lois, décrets et ordonnances concernant l'exercice de la pharmacie. Voici le texte de cet arrêt :

« Considérant que c'est à tort que les premiers juges saisis par la citation délivrée au prévenu de la connaissance d'une contravention aux lois sur la police de la pharmacie ont declaré X... coupable du délit d'exercice illégal de la médecine; que l'élément nécessaire pour constituer ce délit n'existe pas en la cause, X..., pharmacien à Reims, s'étant borné à vendre, sans ordonnance de medecin, une préparation médicinale et non formulée au Codex; que le fait de vendre un médicament dans ces conditions constitue la contravention exactement visée par la citation;

» Par ces mo ifs, infirme le jugement dont est appel en ce que les faits relevés à la charge de X... y ont été qualifiés à tort de délit d'exercice illégal de la médecine alors qu'ils constituent une contravention aux lois sur la police de la pharmacie;

» Emendant et statuant à nouveau; décharge X... de la peine de huit jours d'emprisonnement et de 200 francs d'amende prononcée contre lui à raison de délit d'exercice illégal de la médecine et faisant droit à l'appel du ministère public :

» Le déclare coupable d'avoir, en juin 1896, à Reims, étant pharmacien, vendu une préparation médicinale qui n'était pas prescrite par un médecin et non formulée au Codex; contravention prévue et punie par les articles 32 de la loi de germinal an XI, 2 de l'ordonnance du 8 août 1816 (arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748); et lui faisant application desdits articles, le condamne à 500 francs d'amende.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

La IVe session du Congrès français de médecine vient de se tenir à Montpellier du 12 au 18 avril avec un succès sans précédents. Plus de 600 congressistes étaient inscrits; à peine 200 ont fait défaut aux fêtes et aux séances qu'elles accompagnaient. L'antique Faculté de médecine avait tenu à honneur de bien recevoir ses invités, et elle n'a pas failli à sa tâche : les réceptions succédaient aux banquets confraternels, s'entremêlaient de soirées de gala, d'excursions pittoresques ou instructives. Le meilleur souvenir de cette semaine a été emporté par tous les congressistes.

En séance générale, avant de se séparer, le Congrès a décidé que la Ve session se tiendrait à Lille, sous la présidenée de M. le professeur Grasset, de Montpellier. Deux vice-présidents, MM. les professeurs de Lapersonne et Lemoine ont été nommés, qui, avec MM. le professeur Combemale, secrétaire général, et le docteur Looten, trésorier, constituent dès maintenant le Comité local d'organisation de cette session. L'Université de Lille est trop flattée de ce choix pour qu'elle ne se mette pas dès maintenant à l'œuvre, afin qu'en 1899 ses hôtes trouvent le meilleur accueil auprès de ses membres. Nous prions dès maintenant nos lecteurs de nous réserver leur adhésion et de nous prêter leur concours pour la réussite de cette solennité.

Les questions qui seront l'objet de rapports et de discussions dans l'assemblée sont : 1° les myocardites, 2° les adénies et leucémies, 3° l'accoutumance aux médicaments.

Les jurys des Concours d'agrégation sont composés comme suit :

1° Dans la section d'anatomie, physiologie et histoire naturelle : MM. les professeurs Mathias Duval, président; Farabeuf, Richet, Blanchard, Bonnier, Retterer (de Paris); Meyer (de Nancy); Debierre (de Lille); Testut (de Lyon).

2° Dans la section de physique, chimie et pharmacie : MM. les professeurs Gautier, président; Gariel, Pouchet, Bouchardat (de Paris); Imbert (de Montpellier); Hugounenq (de Lyon); Bergonié (de Bordeaux).

Sont candidats pour Lille, exclusivement ou après inscription pour plusieurs Facultés : dans la section d'anatomie, MM. les docteurs Cousin, Picou, d'Hardivillier.

NOMINATION

M. le docteur L. Havrez, est nommé sous-inspecteur des enfants assistés à Lyon. M. Havrez est un ancien élève de notre Faculté; nous lui adressons nos meilleurs souhaits.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Baillet (de Toulouse), a été élu membre associé national.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Montpellier. — Par décret en date du 3 avril 1898, une chaire de clinique des maladies des enfants (fondation de l'Université de Montpellier) est créée à la Faculté de médecine. M. Baumel, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants, est nommé professeur.

Lyon. — Sont nommés MM. Bretin, chef des travaux de matière médicale; Guinard, chef des travaux du laboratoire de thérapeutique; Pic, agrégé, chef des travaux du laboratoire d'hygiène; Lannois, agrégé, chargé d'un cours des maladies du larynx, des oreilles et du nez; Beauvisage, agrégé, directeur du Jardin botanique de la Faculté; Péhu, interne, préparateur du cours d'hygiène.

Angers. — M. Thibault, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie médicale.

Limoges. — MM. Delotte, suppléant, est nommé professeur de pathologie chirurgicale; Thouvenet, suppléant, est nommé professeur de clinique médicale.

Distinctions honorifiques

Sont nommés officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Billon et Dupuy (de Paris); Fabre (de Commentry); Lambert, médecin de la marine.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Pouzet, de Privas (Ardèche); Arnaud, de Bordeaux (Gironde); Brunet, de Paris; Chapotel, de Choisy-le-Roi (Seine); Mas, de Recoules-Prévenquières; Martin-Dierr, de Paris.

MM. Seguin, professeur de neurologie à New-York; Schneider, professeur extraordinaire de chirurgie à Kœnigsberg.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire des eaux minérales. — Stations climatiques et sanatoria de la France et de l'Étranger, suivi d'une nomenclature des principaux Établissements hydrothérapiques et bains de mer.). — Édition 1898, corrigée et augmentée, chez Maloine, 21, place de l'École de Médecine, Paris ou au bureau de la *Gazette des Eaux*, 1, rue Bausset, Paris.

Ce volume (40e année) comprend :

Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratifs des eaux minérales au Ministère de l'Intérieur à Paris ; — La liste du personnel chargé de ce service; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène, de la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, etc. ; — La liste des stations thermales françaises avec le nom de leurs médecins ; — La liste des médecins des stations par ordre alphabétique ; La liste des membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris, et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France ; — La nomenclature générale des eaux minérales françaises, avec leur classement, leurs indications sommaires et les moyens de locomotion pour s'y rendre ; — Le memento de leurs principales indications thérapeutiques ; — La nomenclature des principales stations et eaux minérales étrangères ; — Le classement des sources minérales selon leur nature et leurs caractères chimiques ; — La nomenclature des principales stations d'hiver et d'été (sanatoria et autres stations d'altitude, de plaine ou stations maritimes) ; — Une note des principaux hôpitaux ou instituts marins (fondation de l'Œuvre des hôpitaux marins, ou fondations particulières; — La liste des principaux établissements d'hydrothérapie médicale en France; — La nomenclature des plages et bains de mer les plus en renom ; — Enfin des notices descriptives et détaillées sur quelques stations, eaux minérales, établissements climatiques et installations d'hydrothérapie médicale.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

15e SEMAINE DU 10 AU 16 AVRIL 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	9
3 mois à un an	7	5
1 an à 2 ans	5	7
2 à 5 ans	6	6
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	6	5
40 à 60 ans	8	12
60 à 80 ans	7	9
80 ans et au-dessus	2	2
Total	47	55

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	9	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	6	11	14
Moulins, 24,947 hab.	»	5	»	»	»	»	»	»	1	3	2	»	»	»	»	»	»	»	»	4	15	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	3	»	3	»	»	3	»	»	»	»	»	10	20	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	7	16
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	5	1	»	»	»	»	4	13	8
Esquermes, 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	4	8	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	4	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	10	8
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	6	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5
Total	»	12	»	»	1	1	»	4	12	7	7	»	»	17	3	»	»	»	»	38	102	121

N° 68. Deuxième Année, N° 18. Le Numéro : 10 centimes. 1er Mai 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — Congrès de médecine de Montpellier. — TRAVAUX ORIGINAUX : Note sur le traitement opératoire des flexions utérines (cunéo-hystérectomie vaginale), par le professeur **H. Folet.** — FAITS CLINIQUES : Hydronéphrose du rein gauche, néphrectomie transpéritonéale. Guérison, par le docteur **L. Dubar.** — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie des sciences**, M. DE CYON étudie les fonctions du corps pituitaire. Toute excitation de ce corps se manifeste par une brusque variation de la pression sanguine; le ralentissement des pulsations que provoque toute augmentation des résistances dans les voies circulatoires, et qu'on attribuait à une excitation directe des terminaisons du vague dans le bulbe, n'est dû en réalité qu'à une excitation réflexe de ces terminaisons, qui a son origine dans l'hypophyse. Le corps pituitaire peut en outre, en l'absence des thyroïdes, protéger le cerveau contre les dangers des afflux subits de sang.

⁂ M. CHAUVEAU montre que le sucre et la graisse ont la même valeur nutritive respective chez le sujet constamment tenu au repos, que chez le sujet qui travaille.

⁂ MM. SABRAZÈS et CABANNES ont produit des godets faviques par l'inoculation à l'homme et à la souris d'un trichophyton pyogène.

A l'**Académie de médecine**, M. PINARD présente une série de radiographies obtenues par le procédé dit instantané. Ce sont des radiographies de bassins de fœtus, après trois secondes de pose, et de bassins d'adultes, après une minute de pose.

⁂ M. DEFLEURY parle du traitement médical de l'épilepsie. Il propose deux ordres de moyens visant l'hygiène du tube digestif et de l'appareil circulatoire. Les injections de sérum accroissent les effets du bromure.

A la **Société de Biologie**, M. PÉRON fait voir que le bacille tuberculeux peut déterminer la stéatose totale du foie. Ce bacille engendre des lésions en se servant de poisons divers. M. CHARRIN rappelle que, depuis dix ans, il soutient qu'un même microbe peut fabriquer des produits actifs multiples.

⁂ MM. ACHARD et CASTAIGNE combattent l'opinion de LINOSSIER et BARJON, relative aux rapports de la réaction de l'urine avec l'élimination du bleu de méthylène. Dans l'urine émise acide, l'alcalinisation in vitro ne provoque pas la formation du chromogène. D'autre part, chez certains sujets dont l'urine était alcaline par ingestion de bicarbonate de soude, le bleu s'éliminait en nature dans le délai normal.

⁂ M. FÉRÉ dit que les attaques de rire chez les épileptiques sont des formes frustes de l'accès. Il existe parfois des prodromes, et souvent l'attaque se termine par un stade de stupeur.

⁂ MM. BERGER et LŒWY prétendent que la théorie qui admet le spasme des sphincters oculaires pendant le sommeil est erronée. Ni la fermeture des paupières, ni le myosis ne sont dus à un spasme ; le myosis résulte

d'une parésie des vaso-constricteurs de l'iris due à une modification de la fonction du bulbe et de la moelle cervicale. Pendant le sommeil les yeux sont, chez les adultes, portés en haut et en dehors

A la **Société médicale des Hôpitaux,** MM. CHAUFFARD et CASTAIGNE étudient la valeur séméiologique de l'épreuve par le bleu de méthylène chez les hépatiques. L'élimination intermittente, après injection sous-cutanée, est un excellent signe révélateur de l'insuffisance de la cellule hépatique. Chez dix malades, atteints d'affections du foie, la courbe d'élimination a toujours été intermittente ; dans un cas de kyste hydatique, sans urobilinurie, ni glycosurie alimentaire, ce signe n'a pas fait défaut. On sait qu'on peut conclure du rythme de l'élimination du bleu à celui des autres matières dissoutes dans l'urine : ce nouveau signe d'insuffisance hépatique montre donc bien que, lorsque le foie est lésé, la dépuration urinaire se fait par alternatives en plus et en moins.

⁂ M. MATHIEU dit que les alcalins, même à haute dose, ne modifient pas le chimisme dans l'hyperchlorhydrie ; néanmoins, ils ne la causent pas. Les dyspeptiques bénéficient souvent d'un traitement par les sels et les eaux alcalines, qui agissent sur la motricité et la sensibilité de l'estomac.

⁂ M. BERLIÈRE insiste sur la fréquence de la tuberculose verruqueuse du dos du pouce et de l'index droit chez les phtisiques. Elle est due, VIDAL l'a montré, à l'habitude qu'ont les malades d'essuyer leurs moustaches avec la main. L'auteur l'a constatée à la main gauche, chez un tuberculeux gaucher ; d'autre part, cette lésion cutanée n'existe pour ainsi dire pas chez les femmes.

Les psychoses post-opératoires continuent à occuper la **Société de chirurgie.** M. ROUTIER distingue les cas survenant immédiatement après l'intervention et dus à le septicémie, et ceux qui relèvent réellement d'un trouble mental, et paraissent dans les jours et les semaines qui suivent l'opération. Il s'agit alors de prédisposés ou de malades auparavant aliénés à un degré quelconque. Mais il est des faits moins explicables. D'un autre côté, l'intervention dans un prolapsus utérin a supprimé des troubles cérébraux chez une malade.

M. HARTMANN est d'avis qu'il ne survient de psychoses vraies qu'à l'âge adulte et chez la femme. La nature de l'intervention ne prédispose pas d'une manière spéciale à la production de délires persistants.

M. POTHERAT conclut que jamais l'intervention chirurgicale ne peut être rendue directement responsable de l'apparition de désordres psychiques ; les causes les plus minimes peuvent déterminer leur éclosion chez des individus de souche névropathique.

⁂ M. JONNESCO, dans un épithélioma du larynx, a guéri un homme de 45 ans, en lui enlevant cet organe sans trachéotomie préalable, par le procédé PÉRIER. La néoplasie occupait la partie supérieure du larynx jusqu'au ventricule de Morgagni; l'opéré se fait distinctement comprendre à l'aide d'un larynx artificiel.

⁂ M. TAVEL a fait des recherches expérimentales sur l'infection et la désinfection des plaies par armes à feu. Il a tiré des balles stérilisées, ou infectées avec un microbe déterminé, dans une boîte remplie de gélatine. La balle emporte avec elle au moins une partie des germes qui l'infectaient primitivement. Les plaies d'armes à feu présentent des conditions analogues très favorables à l'infection. Il semblerait donc qu'il soit utile de les désinfecter ; mais ici, la pratique donne tort à la théorie, et on aggrave ces plaies en voulant les cautériser ou les antiseptiser. M. NIMIER fait observer que le plus grand nombre des balles dans les paquets de cartouches sont stériles, à cause du pouvoir auto-stérilisateur du métal des projectiles.

⁂ M. HARTMANN a pratiqué une gastroentérostomie postérieure transmésocolique pour ulcère stomacal. L'affection était uniquement caractérisée par des douleurs à la moindre ingestion d'aliments, entraînant l'inanition. Il existait de la gastrosuccorrée, sans stase alimentaire. Les douleurs ont cessé complètement le soir même. L'amélioration de l'état général a été tout à fait inattendue. Les aliments séjournent actuellement d'une manière normale dans l'estomac, la bouche gastro-intestinale jouant le rôle de pylore.

Au sujet de ce cas, M. TUFFIER rapporte l'histoire d'un homme opéré il y a cinq ans et demi, pour un soi-disant cancer du pylore. Il s'agissait de gastrosuccorrée, avec induration et resserrement du pylore. Actuellement l'opéré est complètement et définitivement guéri.

A la **Société de Dermatologie,** M. SAUVINEAU dit qu'on rencontre fréquemment chez les hérédo-syphilitiques des lésions du nerf optique qu'il est rationnel de rattacher à l'infection spécifique, soit que celle-ci ait déterminé une névrite, soit qu'elle ait entraîné de la méningite basilaire.

⁂ M. GASTOU présente un enfant de huit ans atteint

de lupus tuberculeux de la face. Il y a un an, ce malade fit une poussée fébrile suivie d'une éruption qui existe encore : ce sont des taches rouge-brun, légèrement papuleuses et squameuses, siégeant sur le thorax. Il s'agit d'une véritable granulie de la peau.

*** MM. BALZER et MERCIER ont observé un cas d'érythrodermie prémycosique avec poussées purpuriques chez un charretier de 38 ans. Au cou et à la partie antérieure de la poitrine, la peau est rosée avec un plissement très marqué; elle est, en quelque sorte, décollée et flottante sur les tissus sous-jacents. Il existe des adénites axillaires et cervicales.

*** Les mêmes auteurs attirent l'attention sur les déformations des ongles des mains d'un conducteur de bestiaux, âgé de 63 ans. Elles ont débuté il y a six ans. Les ongles ont subi une incurvation marquée. Leur dureté est considérable, mais surtout leur épaisseur.

*** MM. EMERY et GLANTENAY montrent des syphilides végétants hypertrophiques de la face; c'est leur localisation qui fait leur intérêt. Un des éléments spécifiques siège à l'orifice des narines et le malade est porteur d'un coryza chronique, ce qui conduit à admettre ici une pathogénie analogue à celle qu'on donne pour les lésions spécifiques hypertrophiques périanales et périvulvaires.

*** M. DUCASTEL présente une éruption syphilitique ressemblant aux lésions du lichen plan de WILSON : à la loupe, toutefois, on distingue une légère vésicopustule. M. WICKHAM dit qu'on ne trouve pas là les striations et ponctuations grisâtres qu'il considère comme pathognomoniques du lichen plan; en outre, dans cette dernière affection, on ne rencontre jamais d'ombilication.

Congrès de médecine de Montpellier (1)

I. — ASSOCIATIONS MICROBIENNES ET INFECTIONS MIXTES

M. F. WIDAL (de Paris) a fait un très remarquable rapport sur les associations microbiennes dans l'organisme. Nous en résumons ici les grandes lignes, en regrettant que le manque de place ne nous permette pas d'en donner un compte-rendu plus détaillé.

C'est par un fait d'association parasitaire que fut embarrassé PASTEUR dès ses premières investigations dans le domaine de la pathologie infectieuse. Plus tard, dans son étude sur le vibrion septique, il a prévu le rôle favorisant des infections combinées. Avant lui, toutefois, on savait que l'organisme pouvait être surpris par l'éclosion simultanée, par exemple, d'une fièvre typhoïde et d'une pneumonie ; on avait observé que le cycle d'une infection pouvait être contrarié par une maladie associée, etc. Seule, l'analyse microbiologique devait reconnaître dans ces infections combinées un processus ayant presque force de loi.

Quelques espèces microbiennes, presque toujours les mêmes, font les frais des infections secondaires. Ce sont, en général, des saprophytes vulgaires que nous portons sans cesse en nous. Ils sont plus faits pour nous attaquer que pour nous défendre. « De même que le grain de raisin parvenu à maturité porte à sa surface de quoi faire la fermentation, de même l'homme porte en lui de quoi faire la suppuration, la septicémie et la gangrène pendant la vie, la putréfaction après la mort. »

Rôle favorisant des associations microbiennes dans la genèse de certaines affections. — L'exemple le plus saisissant nous en est fourni par le tétanos. Des spores tétaniques, prises dans une plaie, sont sans action sur les animaux lorsqu'elles sont débarrassées de la toxine qui peut les imprégner. Elles sont alors détruites par les phagocytes, avec une rapidité remarquable. Le cobaye, qui résiste à l'inoculation de un à deux millions de spores tétaniques pures, privées de toxines, meurt sûrement si on l'injecte au moyen de quelques spores seulement, réparties sur du sable fin et incluses dans un sac de papier Berzélius, qui sert de barrière aux leucocytes. Les spores ainsi protégées contre les phagocytes peuvent alors germer à loisir, et les bacilles néoformés sécrètent leur poison. Si l'inoculation d'une parcelle de terre tétanigène entraîne forcément le tétanos, c'est parce qu'elle contient des germes associés. Ces derniers occasionnent les infiltrations purulentes, les fausses membranes, les foyers de nécrose, avec ou sans œdème, que l'on observe au niveau de la plaie des tétaniques et qui ne sont pas sous la dépendance du bacille de NICOLAIER. C'est en absorbant toute l'activité phagocytaire des leucocytes attirés par chimiotaxie positive que les microbes d'association vont favoriser le développement des germes du tétanos. Il est vraisemblable, dès lors, qu'une antisepsie rigoureuse réduira au minimum les chances d'infection tétanique.

Dans les foyers de gangrène vulgaire, comme dans les épanchements putrides on trouve toujours une flore variée. Dans les sphacèles du poumon et les pleurésies putrides, NETTER a rencontré de nombreux bâtonnets ou des filaments associés au tétagène, au streptocoque,

(1) Sous ce titre nous donnerons dans les quelques numéros qui suivront l'analyse des rapports ainsi que des quelques communications importantes présentées durant ce congrès.

etc. WIDAL et NOBÉCOURT ont coloré des bacilles de dimensions les plus variées, des diplocoques, etc., et surtout du proteus vulgaris.

L'infection puerpérale doit parfois son développement à des phénomènes de symbiose. Une coupe de la muqueuse utérine montre à la surface des microcoques et des bâtonnets. Or, les chaînettes seules pénètrent dans le muscle par les fentes lymphatiques ou les veinules, tandis que les autres microbes demeurent à l'extérieur. Parmi ces derniers, certains ont pu favoriser le développement du streptocoque. Chez la nouvelle accouchée, les caillots constituent un excellent milieu de culture pour les bactéries de la putréfaction; les lochies fétides sont souvent pour le clinicien le témoin d'une infection ; elles sont dues à la pullulation de microorganismes, dont la présence a pu exalter la virulence du streptocoque.

Pour MENGE *(Deutsch. medic. Woch.* 1894) les saprophytes vulgaires du vagin, adaptés depuis longtemps à ce m lieu spécial, seraient sans cesse prêts à réfréner le développement d'autres microbes introduits accidentellement.

C'est au secours de divers microbes que le vibrion cholérique doit de pouvoir s'installer dans l'intestin et y sécréter sa toxine (METSCHNIKOFF).

RÉNON a fait voir récemment l'action favorisante du colibacille sur le bacille virgule. La présence des vibrions cholériques dans les matières fécales des personnes saines n'est pas un fait rare et prouve que ces microbes peuvent traverser certains organismes sans y occasionner des dommages.

C'est par un phénomène de commensalisme analogue que s'expliquerait pour SANARELLI *(Ann. Instit. Pasteur*, 1897) le mode de propagation de la fièvre jaune à bord des navires. Les moisissures favorisent la reviviscence et la multiplication des microbes ictéroïdes semés dans leur voisinage.

Les infections mixtes. — La fièvre typhoïde nous en offre le premier exemple par le pneumo-typhus. LÉPINE et GRASSET y voient une localisation pulmonaire du bacille d'EBERTH, mais cela n'est rien moins que démontré. POTAIN a insisté, en 1881, sur l'évolution parallèle de la grippe et de la dothiénentérie. Cette dernière est influencée par le paludisme au point de prendre le type intermittent. La fièvre typhoïde donne un coup de fouet à la tuberculose. Pour VINCENT, l'association du streptocoque et du bacille d'EBERTH jouerait un rôle singulièrement fréquent dans la pathogénie de la mort dans la fièvre typhoïde. Le staphylocoque est surtout un agent banal d'infection au cours de cette pyrexie. PENNATO a rapporté cette année même quelques cas d'infection mixte à staphylocoques et à bacilles d'EBERTH : la présence de l'aureus dans le sang impliquerait un pronostic très grave.

La virulence du coli-bacille est exaltée dans l'intestin des typhiques. SANARELLI lui fait jouer un grand rôle dans les complications.

La diphtérie est peut-être la maladie dans laquelle les infections mixtes sont les plus importantes. ROUX et YERSIN ont montré qu'on peut rendre toute sa virulence à un bacille de LŒFFLER atténué, en l'associant au streptocoque. GRANCHER et BARBIER ont établi une distinction clinique entre la diphtérie pure toxique et la diphtérie associée L'association au streptocoque est la plus grave. DESTOECKLIN aurait rencontré le saccharomyces albicans une fois sur vingt dans la diphtérie. Cette association aurait un véritable caractère de gravité ; l'inspection de la gorge ne permettrait nullement de diagnostiquer le muguet (1898).

En ces dernières années, on a avancé que la pneumonie caséeuse était le résultat d'une infection mixte. Pour ORTNER, la tuberculose aiguë ou subaiguë des poumons, les bronchopneumonies tuberculeuses chroniques, aussi bien que la phtisie aiguë pneumonique, seraient le résultat d'un processus mixte. STRAUS s'est élevé contre cette opinion ; néanmoins l'association du pneumocoque ou du streptocoque est parfois d'une évidence absolue.

Depuis la découverte du bacille de PFEIFFER, tous les bactériologistes sont restés d'accord sur le rôle prépondérant des infections surajoutées dans la grippe. MEUNIER toutefois croit que le bacille de l'influenza peut créer de toutes pièces les foyers bronchopneumoniques, la pleurésie, etc. ; il n'en est pas moins vrai qu'il ouvre la porte aux bactéries vulgaires qui complètent son œuvre.

La variole est toujours une infection mixte à staphylocoques ; ces microbes apparaissent dans la pustule au moment de la suppuration. Il n'y a rien de nouveau à dire sur les complications de la vaccine, ni sur les associations bactériennes dans les suppurations.

Infections secondaires. — Il s'agit des cas où l'agent pathogène associé n'apparaît plus que comme auteur de complications.

Dans la fièvre typhoïde, la péritonite perforante peut dépendre du coli (BARBACCI). Les suppurations chaudes

dans cette infection, relèvent ordinairement des pyogènes vulgaires. Dans la diphtérie, le streptocoque et le staphylocoque amènent au déclin de la maladie des suppurations localisées ou des noyaux de bronchopneumonie.

Les infections mixtes sont inévitables dans la phtisie ulcéreuse, KOCH, il y a longtemps, avait pensé qu'elles étaient l'origine de la fièvre hectique. Des recherches faites sur les produits des cavernes et les tissus des tuberculeux, après la mort, et sur les crachats et le sang pendant la vie, il résulte que les grandes oscillations thermiques, les frissons et les sueurs sont dus à l'association de microorganismes, surtout des pyogènes. La fièvre hectique serait le résultat d'une sorte de septicémie chronique : STRAUS néanmoins l'a toujours attribuée au bacille de KOCH lui-même. A un autre point de vue, RÉNON a mis en évidence que, si l'aspergillus peut à lui seul déterminer une maladie, il s'associe souvent à la tuberculose chez les gaveurs.

Il est inutile d'insister sur les infections secondaires de la grippe et de la scarlatine La néphrite aiguë scarlatineuse et l'angine du début ne doivent pas être mises sur leur compte, mais bien à l'actif de l'agent encore inconnu de cette fièvre éruptive.

Le streptocoque, le pneumocoque, le staphylocoque, le colibacille entrainent les complications de la rougeole. Certaines bactéries décrites comme facteurs de la coqueluche ne sont sans doute que des formes associées.

Nous n'allons pas plus loin dans cette énumération et nous passons à la *Pathogénie des infections mixtes et secondaires :* L'infection primitive peut agir en ouvrant brutalement une porte d'entrée : invasion du coli dans le péritoine à travers une perforation typhoïdique. Une des espèces en concurrence peut accaparer les phagocytes qui ne peuvent plus rien contre l'autre. BOUCHARD avait prévu que les sécrétions d'un germe doivent influencer un germe d'espèce différente. On augmente la virulence du bacille typhique en l'inoculant avec une culture de streptocoque.

Les lésions cellulaires dégénératives de certains organes, causées par les toxines, doivent faciliter parfois les invasions secondaires, par exemple les altérations rénales (CHARRIN et RICHE).

Antagonismes microbiens. — Divers observateurs ont rapporté des cas d'amélioration de syphilides, de tumeurs ou de tuberculose par l'érysipèle. PASTEUR avait vu que les bactéridies charbonneuses, inoculées en même temps que d'autres microbes, ne provoquent pas le charbon. METSCHNIKOFF a commencé la recherche de germes pouvant empêcher l'action du vibrion cholérique. ROUX et MARTIN ont rapporté que le coccus BRISOU est d'un bon pronostic dans la diphtérie. La bactériothérapie n'a pas dit son dernier mot sur ce sujet.

M. WIDAL termine ce rapport si clairement présenté en attirant l'attention sur ce fait que, dans les infections combinées, le sérum est doué de propriétés agglutinatives différentes vis-à-vis de chacun des microbes mis en association.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur le traitement opératoire des flexions utérines (1)

(CUNÉO-HYSTÉRECTOMIE VAGINALE)

par le Professeur H Folet

Les gynécologues tendent un peu trop aujourd'hui à considérer, dans les rétro ou antéflexions, la plicature de l'utérus comme un phénomène accessoire et négligeable.

La rétroflexion mobile n'est, pour POZZI, qu'une excessive mobilité, ne s'accusant souvent par aucun symptôme ; et les symptômes dus, quand ils existent, à la métrite concomitante, à la déchirure du périnée, disparaissent quand on guérit ces complications. Quant à la rétroflexion adhérente, son traitement se réduit à celui des lésions qui l'ont amenée et qui la maintiennent. Elle est toujours due à des adhérences utérines ou annexielles ; et l'élément principal n'est pas la déviation, pas même les adhérences, c'est l'état maladif de l'utérus, de la trompe, de l'ovaire.

Et cependant il est des rétroflexions mobiles, sans métrite, qui sont très douloureuses et très gênantes et que l'on guérit par le redressement opératoire de l'utérus. J'en vais citer un exemple :

Il est des rétroflexions adhérentes que la destruction des adhérences ne guérit pas. L'utérus, primitivement ou secondairement, peu importe, a contracté un faux-pli, une encoche vicieuse, une écoinçure angulaire. Libéré, il reprendra fatalement sa coudure ; les adhérences se reconstitueront dans cette attitude et les symptômes réapparaîtront : dysménorrhée par rétention du sang menstruel au fond de la matrice, compression du rectum, etc. Le redressement opératoire combiné à la rupture des adhérences réussit

(1) Travail lu en janvier 1898 à l'Académie de médecine.

au contraire dans les cas de ce genre; à moins que l'utérus et les annexes ne soient très malades, auquel cas l'hystérectomie demeure le seul traitement efficace.

J'attache donc une grande importance au redressement de l'axe utérin. Comment l'effectuer?

Pour redresser l'utérus il faut agir sur son tissu même, sur ses parois. Une de ses faces est trop longue, il la faut raccourcir. L'utérus plié est comparable, — quelque bizarre que semble la comparaison, — à un membre inférieur fléchi avec ankylose angulaire saillante du genou. On ne pourra ramener la jambe rectiligne sur la cuisse que si l'on résèque un coin d'os au niveau de l'angle saillant du squelette. On ne pourra ramener le corps utérin rectiligne sur l'axe du col que si l'on résèque un coin du tissu utérin sur l'angle saillant de la plicature. Cette résection cunéiforme, cette *cunéo-hystérectomie* de la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus, suivant que l'on veut remédier à un rétro ou à une antéflexion. Thiriar et Jonesco l'ont faite par l'abdomen. Mais elle est faisable par le vagin, c'est-à-dire par une voie toujours moins périlleuse que l'ouverture du ventre ; et, — point moins important mais à considérer néanmoins, — elle ne nuit en rien à l'esthétique des formes féminines.

Voici le court résumé de mes deux premières opérations :

Observation I. — Louise B..., 36 ans, rue de la Deûle, ne paraît pas avoir présenté d'état inflammatoire de l'utérus ou des annexes. Rétroflexion très mobile et assez facilement réductible par le cathétérisme intra-utérin. Se plaint surtout de besoins continuels d'aller à la selle, accompagnés d'une sensation pénible de pesanteur au périnée. Elle demande qu'on la débarrasse de ces symptômes gênants.

Opération le 8 janvier 1897. Incision du cul-de-sac antérieur du vagin et dénudation de la face antérieure de l'utérus, lequel est abaissé à la vulve et se redresse par la traction. J'enlève un fragment cunéiforme de l'utérus, fragment limité par deux incisions transversales contiguës, longues de 2 cent. 1/2 chacune, se réunissant à leurs extrémités, tandis qu'en leur milieu elles sont séparées l'une de l'autre de 1 cent. 1/2, formant en un mot une ellipse à grand diamètre horizontal, les incisions sont tracées au bistouri, mais l'excision du coin se fait avec des ciseaux courbes pointus. L'excision, en son milieu, va jusqu'à la muqueuse sans l'entamer. Elle est plus superficielle sur les parties latérales. Il ne faut pas continuer les incisions jusqu'aux bords même de l'utérus, mais en rester distant de quelques millimètres pour éviter les branches de l'utérine. Les bords de l'excision cunéiforme sont réunis par trois sutures à la soie.

23 janvier, quinze jours après, l'incision du cul-de-sac antérieur est fermée ; le cul-de-sac postérieur paraît bien libre au toucher. Le cathéter entre facilement suivant la courbure normale ; l'utérus est redressé.

13 février. Guérison complète, la malade sort de l'hôpital.

Revue en mai et en juillet 1897, et tout récemment en janvier 1898 : le redressement utérin reste acquis. La malade n'éprouve plus le moindre malaise de compression rectale, aucune souffrance. Elle est très satisfaite du résultat (1).

Observation II. — V..., Pélagie, 27 ans. Antéflexion très marquée et fixe. Pas de tuméfactions annexielles. Troubles vésicaux pénibles, mictions fréquentes et douloureuses, avec urines très claires.

15 mai 1897, opération : Incision courbe du cul-de-sac postérieur. L'utérus est abaissé difficilement. Il faut passer le doigt en crochet au-dessus de l'utérus et rompre des adhérences qui saignent. L'utérus abaissé se trouve redressé et l'on ne voit plus bien où est le point culminant de la courbure. Un coin de tissu utérin, en forme d'ellipse transversale, est enlevé à la face postérieure de l'utérus. La muqueuse est respectée. Réunion des deux lèvres de l'ellipse par sutures au catgut. L'utérus reprend immédiatement sa direction rectiligne. Le sang des ruptures d'adhérences continuant à suinter, je ne ferme pas le cul-de-sac mais je le tamponne à la gaze.

22 mai, sept jours plus tard, on ne sent plus au toucher aucune saillie du fond de l'utérus dans le cul-de-sac antérieur. Dans le cul-de-sac postérieur on sent le col et le corps, le cathéter montre que l'utérus est légèrement incurvé en arrière; la correction a été plutôt trop grande.

26 juin, six semaines plus tard. Etat identique. Tout trouble de la miction a cessé. La malade se déclare enchantée (2).

L'opération faite comme je viens de le dire n'est pas, il faut l'avouer, très commode. D'abord la traction redresse la matrice et on ne sait plus où est l'angle saillant. Ceci importe assez peu, car du moment que vous enlevez un coin suffisant, que ce soit sur l'angle ou tout près, l'axe utérin se redresse. Mais en outre, quoique le col soit amené presque à la vulve, le corps (sur lequel on opère) reste profondément situé. Il ne se présente pas de face mais parallèlement aux instruments qui agissent sur lui. De là, difficulté d'exécuter la section cunéiforme et de mesurer la quantité de tissu que l'on excise. Le passage des sutures est aussi assez malaisé.

Dans ma troisième opération, j'ai remédié à ces inconvénients de la façon suivante :

Observation III. — Eng... Sophie. Pertes blanches

(1) Obs. 709 du cahier de gynécologie de la clinique chirurgicale de Saint-Sauveur.

(2) N° du registre 755.

depuis longtemps, règles trop fréquentes et trop abondantes. Se plaint surtout de douleurs constantes avec sensation de pesanteur à l'anus.

Au toucher, col fongueux porté en avant. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une saillie qui est le fond de l'utérus rétrofléchi. L'hystéromètre introduit dans le col ne passe pas dans le corps. Rétroflexion adhérente. Métrite. Pas de tuméfaction annexielle.

13 juin 1897. Opération : l'utérus abaissable en masse est amené à la vulve. Curettage. Ouverture du cul-de-sac antérieur. Décollement de la vessie, laquelle est refoulée et protégée par une valve. La face extérieure de l'utérus qui s'est redressée par traction est alors incisée sur la ligne médiane sur une hauteur de quatre centimètres. Arrivé en ce point, j'enlève de chaque côté de l'incision médiane un triangle de tissu utérin. J'ai ainsi, au milieu de la paroi antérieure de l'utérus, une excision losangique transversale sur le grand axe de laquelle tombe perpendiculairement l'incision de l'hystérotomie médiane. Suture des deux lèvres de l'excision transversale; puis suture de l'incision médiane. La ligne de suture forme un T. Je me proposais de suturer le cul-de-sac antérieur; mais une branche de l'utérine, ayant été sectionnée, donne. Le cul-de-sac reste ouvert, drainé à la gaze et je laisse en place une pince longuette qui tient l'artère et qui fut enlevée le lendemain.

31 juin. Guérison; le cul-de-sac est fermé. L'utérus redressé et en très bonne position.

La malade, qui a quitté Lille, nous écrit en janvier 1898, qu'elle est beaucoup mieux et souffre beaucoup moins qu'autrefois et qu'elle peut, sans trop de malaise, travailler debout toute la journée.

Par ce procédé on voit et on mesure beaucoup mieux ce qu'on fait ; et l'on opère plus facilement, mais on ouvre la cavité utérine, ce qui ne laisse pas d'être fâcheux au point de vue de l'asepsie. De plus on fait deux plaies utérines, au lieu d'une, deux plaies occupant toute l'épaisseur de la matrice et plus tard deux cicatrices ; — d'où affaiblissement possible de la paroi.

Je préfère de beaucoup à ce procédé la luxation temporaire de l'utérus que j'ai pu employer dans ma quatrième opération :

Observation IV. — Il s'agissait d'un utérus gros (métrite parenchymateuse) rétrofléchi à angle droit, chez une femme de 27 ans, entrée le 27 novembre (Octavie V..., de Marcq-en-Barœul).

L'incision circulaire faite en avant du col, la vessie décollée, le cul-de-sac péritonéal ouvert, le doigt peut aller contourner le bord de l'utérus, décoller des adhérences et, en tirant doucement sur les ligaments larges qui s'élongent, faire franchir à l'utérus l'ouverture du cul-de-sac.

Il fut alors assez facilement amené à la vulve, s'appuyant contre le pubis et offrant de face aux instruments sa paroi antérieure.

Il serait possible que dans certains cas on ne pût rompre les adhérences sans ouvrir le cul-de-sac postérieur et que l'on dût aider l'action tractrice du doigt avec une pince de Museux.

Pour une antéflexion, il est bien clair que la manœuvre serait inverse. C'est devant le périnée que l'on luxerait la matrice, dont la face postérieure s'offrirait alors inversée.

Dans le cas présent, cette manœuvre rendit singulièrement aisée l'excision cunéiforme, les sutures, l'hémostase. La réduction de l'utérus luxé s'est faite avec une extrême facilité. La plaie muqueuse ayant été fermée, la guérison fut rapide et, trois semaines plus tard, le 31 décembre, la malade sortait de l'hôpital avec un utérus bien droit.

Cette observation très récente n'est démonstrative qu'au point de vue de la commodité opératoire du procédé; mais les résultats de mes trois premières démontrent l'utilité d'un redressement par excision cunéiforme dans les flexions utérines. La seule objection qui se présente à l'esprit c'est l'affaiblissement de la paroi de la matrice en cas de grossesse ultérieure. On a vu cependant après des opérations césariennes survenir des grossesses sans rupture ; et dans les cunéo-hystérectomies la paroi n'est pas intéressée dans toute l'épaisseur (sauf dans le procédé par hystérotomie médiane, que j'ai essayé, mais que je ne préconise pas). On résèque seulement une minime tranche du muscle qui doit être vite, vu l'affrontement immédiat, remplacée par une cicatrice solide.

J'ajouterai que mon chef de clinique, le docteur Lambret, qui prépare un travail d'ensemble sur « les opérations plastiques pratiquées sur le tissu utérin dans les flexions (1) », a cunéo-hystérectomisé une grande chienne qui se trouva être pleine. Elle avorta quelques jours après, guérit et fut sacrifiée 20 jours plus tard. Il ne restait à l'œil nu aucune trace visible de l'excision.

Somme toute, la cunéo-hystérectomie vaginale me semble une opération utile contre les flexions ; elle est vraisemblablement sans inconvénients ultérieurs; elle se pratique très aisément quand on peut faire la luxation temporaire de l'utérus, un peu moins commodément lorsque l'on ne peut qu'attirer l'utérus en bas sans lui faire franchir l'ouverture du cul-de-sac incisé.

(1) Ce travail a paru depuis dans les *Archives provinciales de chirurgie*.

FAITS CLINIQUES

Hydronéphrose du rein gauche, néphrectomie transpéritonéale. — Guérison (1).

Par le docteur **L. Dubar**, professeur de clinique chirurgicale

Mme X... , âgée de 32 ans, se présente à notre observation à la fin de mars 1896.

Antécédents héréditaires. — Dans ses antécédents héréditaires, nous ne relevons que de l'arthritisme ; son père, rhumatisant et dyspeptique, est mort, à 56 ans, d'une broncho-pneumonie ; sa mère, encore vivante, n'a jamais été malade.

Antécédents personnels. — Mme X... est d'un tempérament arthritique et nerveux. Elle présente souvent, au moment des périodes menstruelles, des migraines tenaces et en tout temps des accès d'asthmes, éclatant sans cause appréciable, qui ont diminué un peu d'intensité depuis quelques années. Signalons encore une surdité légère par suite d'otite scléreuse.

En 1885, Mme X... s'est aperçue de l'existence d'une tumeur dans l'hypochondre gauche, située assez profondément, au milieu de la masse intestinale, donnant à la palpation, au point de vue du volume et de la consistance, la sensation d'une anse d'intestin distendue par des matières fécales durcies : quelques laxatifs, des séances de massage ne produisirent aucune modification. Tout traitement fut bientôt abandonné ; d'ailleurs la tumeur n'était nullement douloureuse et ne déterminait aucun trouble appréciable. A part les migraines fréquentes et quelques crises d'asthme, la santé de Mme X... restait excellente ; elle pouvait faire de longues courses à cheval, des excursions en montagne, aller dans le monde sans éprouver de fatigue.

En 1893, Mme X... devient enceinte pour la première fois : grossesse normale, qui se termine, en mars 1894, par un accouchement un peu prématuré au commencement du neuvième mois. La malade constate alors que la tumeur abdominale a augmenté de volume ; dans le décubitus dorsal, elle forme une saillie de la grosseur d'un œuf de poule ; à la palpation, on constate de la mobilité, une fluctuation mal caractérisée qui fait penser à un lipome plutôt qu'à une tumeur liquide.

Au mois de janvier 1895, on constate les premiers signes d'une nouvelle grossesse un peu plus pénible que la première : ce qui tourmente le plus la malade, ce sont des douleurs lombaires très vives et une grande difficulté pour marcher. Pendant toute la durée de la grossesse, la tumeur a paru augmenter de volume ; elle forme une saillie très appréciable, parfaitement distincte de la matrice, au-dessus et un peu à gauche de cette dernière. Après l'accouchement, elle présente une fluctuation plus nette qu'autrefois, qui permet de poser d'une façon à peu près certaine le diagnostic de tumeur liquide ou kyste. Il reste impossible de préciser d une façon absolue ses origines et son point d'implantation : s'agit-il d'un kyste ovarique à long pédicule, d'un kyste du mésentère ou d'une hydronéphrose, on ne peut en avoir la certitude. La malade n'a jamais présenté de troubles du côté des voies urinaires, à part quelques envies d'uriner plus fréquentes qu'à l'ordinaire, et l'analyse de ses urines ne décèle aucun élément anormal.

En faveur de l'affection rénale existent seulement des sensations de pesanteur et parfois de douleur dans la région lombaire gauche. L'absence de relations entre l'utérus et ses annexes d'une part, et la tumeur susjacente d'autre part, le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale ne permet de saisir aucun lien entre la tumeur et les organes du petit bassin. Néanmoins, un kyste de l'ovaire à long pédicule pourrait occuper la situation de cette tumeur. La malade, très préoccupée de l'augmentation progressive de la tumeur, obligée, en raison des fatigues et des douleurs qu'elle éprouve dans les reins, de rester étendue sur une chaise longue, craignant que son état ne dégénère en impotence et infirmité définitive, réclame instamment une intervention.

Celle-ci est pratiquée le 3 avril 1896, par M. le professeur Dubar, assisté de MM. les docteurs Moty, Tournade et Masset. Une incision est faite suivant la ligne blanche depuis deux centimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis. On pénètre sans incident dans la cavité abdominale ; les anses intestinales qui se présentent, sont refoulées avec des compresses stérilisées. La tumeur, qui a le volume de deux poings, se trouve située profondément derrière le feuillet péritonéal postérieur qu'elle a soulevé et étiré pour faire saillie dans la cavité abdominale. Il est manifeste que l'on a affaire à une tumeur du rein dégénérée en hydronéphrose. La palpation permet de s'assurer que le rein droit est à sa place et paraît normal, tandis que le rein gauche ne peut être trouvé dans l'hypochondre gauche. Comme la tumeur s'est développé progressivement et que l'urine rendue dans les vingt-quatre heures était en quantité normale avant l'opération, il y a tout lieu de supposer que le rein droit est sain et supplée le rein dégénéré ; qu'il y a donc lieu de débarrasser la malade du rein gauche, devenu kystique. Une large boutonnière est faite au péritoine postérieur sur la partie culminante de la tumeur ; des pinces à forcipressure sont placées sur tout le pourtour de cette ouverture et on procède à une séparation de la poche rénale kystique d'avec les tissus ambiants jusqu'au hile de l'organe. Des ligatures sont alors placées séparément sur l'artère et la veine rénale gauche et sur l'origine de l'uretère, au voisinage du bassinet. Puis la tumeur est enlevée. L'uretère est amené après ligature et suturé au voisinage de l'ouverture péritonéale. Cette dernière est portée en avant et fixée au milieu de la plaie de la paroi abdominale antérieure.

Une mèche de gaze iodoformée est introduite à la manière d'un Mickulicz dans la cavité rétro-péritonéale, occupée antérieurement par la tumeur du rein,

(1) Observation recueillie par M. le docteur Sacreste.

en raison d'un suintement sanguin qui s'est produit après l'opération et qui, sans être inquiétant, est néanmoins assez abondant. Son extrémité sort par l'orifice de jonction du péritoine postérieur avec la paroi abdominale antérieure. La plaie est fermée par dix sutures profondes au fil d'argent et dix sutures superficielles au crin de Florence.

Les suites opératoires furent très bénignes. Au réveil, des douleurs assez vives dans la région abdominale, qui furent calmées par quelques injections de morphine ; quelques vomissements se montrèrent pendant quarante-huit heures, qui dépendaient de l'absorption du chloroforme ; aucune fièvre, les urines rendues pendant les deux premiers jours sont un peu moins abondantes qu'à l'état normal ; mais dès le troisième jour, elles ont repris leur abondance et leur coloration normale.

Le premier pansement est pratiqué le 6 avril ; la mèche de gaze iodoformée est imbibée d'un peu de sérosité sanguinolente. Cette mèche est enlevée au deuxième pansement, fait le 12 avril ; l'aspect de la plaie est aussi satisfaisant que possible ; on ne constate qu'un suintement insignifiant venant des parties profondes. La moitié des fils d'argent est enlevée ; les cinq autres, ainsi que les crins de Florence, sont supprimés le 15. L'état général de la malade se relève, l'appétit est bon ; l'excrétion de l'urine est normale (1,350 grammes dans les 24 heures). Dès le 24 avril l'opérée peut passer deux heures sur une chaise longue, et le 26, elle peut faire quelques pas dans la chambre. A partir de ce moment-là, la convalescence s'établit franchement. Dès les premiers jours de mai, un mois après l'opération, Mme X... fait quelques promenades à pied, et dès le milieu du mois, elle peut être considérée comme complètement guérie.

Elle a été revue quatorze mois après l'intervention opératoire : sa guérison est définitive et son état général excellent.

Examen de la pièce anatomique. — La pièce enlevée a le volume de deux poings. Elle a une forme arrondie un peu allongée dans le sens vertical ; à son ouverture, il s'écoule un peu plus d'un litre d'un liquide clair transparent à peine jaunâtre ; on aperçoit, par l'ouverture ainsi pratiquée, les orifices des calices fortement dilatés. La poche a une épaisseur variable suivant les points où on l'examine : très mince au niveau du bassinet, elle présente, dans les portions qui correspondent à la substance rénale, une épaisseur de deux à trois millimètres. En introduisant un stylet par le bout sectionné de l'uretère, on n'arrive pas à le faire pénétrer dans la poche ; la tumeur était donc une poche formée par la distension atrophique du rein et du bassinet, n'ayant plus aucune communication avec l'uretère.

VARIÉTÉS

Tuberculose et Mariage.

Le médecin est souvent consulté sur la question de savoir si le mariage est permis à une jeune fille ou un jeune homme atteint ou soupçonné de tuberculose.

En principe, sa réponse ne saurait être douteuse. Dans l'intérêt de la famille, et, par suite, de l'espèce, il serait à désirer que les alliances ne se fissent jamais qu'entre jeunes gens de santé irréprochable.

Mais le médecin n'est jamais consulté sur la question de principe, il est toujours consulté sur un cas particulier. Et ce cas particulier est composé d'éléments tellement multiples, compliqué de considérations tellement diverses, que le médecin hésite sous le poids de la responsabilité qui lui incombe.

Le principe reste immuable dans son esprit, mais les faits l'entraînent souvent à des concessions d'autant plus faciles qu'il se dit, à part lui, que bien des gens lui demandent un conseil avec l'idée arrêtée de ne le suivre que s'il est conforme à leurs désirs.

Un jeune médecin voit arriver à sa consultation un de ses clients qu'il soignait depuis plus d'un an, pour une tuberculose non douteuse. Le malade avait, ce jour-là, l'air épanoui d'un homme auquel il vient d'arriver une chose heureuse, et, de fait, en l'examinant, le médecin le trouva fort amélioré et ne lui cacha pas sa satisfaction.

« Pensez-vous, docteur, que je puisse me marier ? »

Situation du médecin.

Dire à ce brave garçon toute sa pensée serait vouloir lui donner le coup de la mort ; le laisser réaliser son projet serait se rendre complice d'une mauvaise action. Il essaya de gagner du temps et demanda deux ans de traitement avant de pouvoir donner son autorisation.

Le malade partit fort contristé et ne revint plus jamais.

Dix ans plus tard, les hasards de la vie remirent ces deux hommes en présence. Le phtisique s'était marié au lendemain de la consultation ; il semblait parfaitement guéri : ses enfants, déjà grands, étaient superbes.

Pour lui, il n'avait jamais été poitrinaire, le médecin s'était grossièrement trompé à son sujet. Mon Dieu, oui, il s'était trompé, non pas dans son diagnostic, mais dans son pronostic. A côté de ce cas heureux, depuis dix ans, il a vu trop souvent les événements justifier ses craintes ; mais, désormais, plus tolérant, moins pessimiste, il a acquis la conviction que l'avenir de la phtisie dépend au moins autant du malade que de la maladie.

Il a quelques cheveux blancs de plus, quelques illusions de moins, il se défie de ses formules impitoyables du début de la carrière ; il pèse chaque cas particulier, donne un avis motivé et laisse les intéressés conclure à leur guise. Et voilà comment l'intransigeant le plus farouche devient peu à peu l'opportuniste le plus conciliant.

Sait-on combien Londres compte actuellement de médecins ? Exactement, 34.642. Et de dentistes ? 4.937. Les médecins sont, paraît-il, tous munis de diplômes en règle. Quant aux dentistes, 1.614 seulement ont étudié dans les écoles et hôpitaux d'Albion, ce qui n'empêche pas les 3.000 autres d'extirper ou de soigner les molaires de leurs concitoyens... Il serait intéressant, pour compléter cette statistique, de savoir, sur les 34.642 médecins de Londres, combien meurent de faim.

(*Journal des Débats*).

La menstruation et ses effets à distance.

La croyance à l'existence d'actions chimiques produites par certaines femmes au moment de la menstruation, est répandue dans tous les pays. On dit couramment qu'au moment de leurs règles, les femmes font cailler le lait, tourner les mayonnaises, etc.

Dans les grandes raffineries du Nord de la France, il est formellement interdit à toute femme de pénétrer dans les ateliers au moment où l'on fait bouillir le sucre dans les bassines et pendant qu'il se refroidit ; en dehors de ce moment, l'entrée leur en est permise. Le prétexte donné est que si une femme réglée entrait dans l'atelier, le sucre noircirait par la suite.

Le Dr L. Laurent va plus loin ; il croit à l'existence des phénomènes mécaniques produits sans contact par certaines femmes au moment de la menstruation et cite de nombreux exemples.

Deux jeunes filles présentent, au moment des règles, des phénomènes d'adhérence de leurs vêtements. Il leur faut faire un effort pour enlever leurs effets même larges.

Les bas sont difficiles à retirer ; il faut qu'une autre personne les retourne et les tire assez violemment. Quant aux chemises, ces jeunes filles ont renoncé à en changer pendant ces périodes, car elles sont collées sur la peau et il serait nécessaire qu'une autre personne, glissant les mains en dessous, les enlevât en les écartant.

Le même auteur prétend avoir réuni une dizaine de faits dans lesquels des femmes musiciennes ou vivant au contact d'instruments de musique, provoquaient la rupture de cordes, toujours les mêmes, au moment de leur menstruation. Un monsieur, contrebasse dans un théâtre, lui apprit que, depuis plusieurs années, chaque fois qu'il laissait dans son logement sa contrebasse accordée, au moment des règles de sa femme, le *sol* cassait. Il y était tellement habitué que, souvent à ce moment, il emportait son instrument chez un ami. Pendant l'hiver, saison où les cordes sont pourtant plus fragiles, rien de semblable ne lui arrivait, son instrument restant au théâtre.

Un administrateur en Cochinchine avait remarqué que plusieurs fois les cordes de son violon avaient cassé au moment de sa congaï ; elle le lui avait fait remarquer, disant que les Annamites connaissaient bien ce phénomène et avaient soin de ne pas jouer de leurs instruments à corde pendant cette période. Autres exemples : deux jeunes femmes, toutes deux très bonnes violonistes, avaient remarqué que leurs cordes cassaient fréquemment pendant leurs périodes menstruelles. L'une, véritable artiste, jouant souvent dans des concerts de charité, refusait systématiquement de jouer à ces moments-là.

Une harpiste avait été obligée de renoncer à sa profession, parce que pendant la durée de sa période cataméniale plusieurs cordes, toujours les mêmes, cassaient, surtout quand elle jouait ; ce qui l'avait arrêtée, nombre de fois, au milieu d'un concert.

Voilà des faits faciles à vérifier au Conservatoire de musique. D'ailleurs ne pourraient-ils pas, pour la plupart, s'expliquer par ce fait que, pendant la période menstruelle, les femmes plus nerveuses et irritables auraient un jeu plus sec et plus saccadé et malmèneraient leurs instruments.

Enfin un lieutenant de vaisseau aurait raconté au docteur Laurent qu'une jeune mulâtresse du Sénégal, maîtresse d'un médecin de marine, présentait, au moment de ses règles, le phénomène de la fluorescence quand elle écartait les draps de son lit ! ! Le Sénégal est bien loin, et personne n'a été contrôler cette assertion.

A propos de la stérilité

Le docteur Welder, de Christiana, s'est livré à une enquête approfondie sur 310 ménages restés stériles, bien que constitués depuis au moins un an. Il a pu examiner les 310 femmes, mais cinquante fois seulement son enquête a pu porter sur le mari.

Et ses conclusions sont peu favorables pour le sexe fort. 70 fois sur 100, déclare M. Welder, c'est le mari qui est responsable de la stérilité du ménage, soit pour cause d'impuissance sexuelle, soit pour cause d'infection blennorrhagique communiquée à la femme.

Les cors aux pieds en justice !

D'après un jugement d'un tribunal allemand, les moyens employés contre les cors aux pieds ne sont pas des moyens de traitement médicaux, car « les cors aux pieds ne sont pas des maladies. » Il faut croire que les juges n'en avaient pas !

(*Journal médical de Bruxelles*).

Intérêts Professionnels

Le secret médical et les statistiques municipales

Dans certaines villes, les bureaux de statistique municipale ou les bureaux d'hygiène, sous prétexte d'arriver à fournir des relevés plus exacts, n'hésitent pas à demander aux médecins traitants des renseignements qui ne sont pas compatibles avec l'obligation stricte du secret professionnel. C'est ainsi qu'à Nancy, d'après ce que M. le docteur G. Etienne a signalé récemment à la Société de médecine de cette ville, le bureau de statistique des décès réclame actuellement un bulletin de décès, délivré par le médecin traitant, impliquant les réponses aux questions suivantes : 1° nom et prénoms de la personne décédée ; 2° âge ; 3° sexe ; 4° profession ; 5° domicile ; 6° jour et heure du décès ; 7° nature de la maladie. Avis très important : ce bulletin doit être remis au médecin municipal au moment de la constatation du décès.

Dans le courant de l'année dernière, notre confrère crut devoir se dispenser, dans un cas, d'indiquer le diagnostic : il reçut du Bureau d'hygiène une lettre ainsi conçue : « Prière à M. le docteur G. Etienne de vouloir bien préciser le diagnostic concernant X..., décédé le ..., rue ..., n° .... Ce renseignement est nécessaire pour compléter la statistique de juillet. » N'ayant pas répondu à cette lettre, M. Etienne reçut le lendemain la visite d'un employé du bureau municipal venant demander la réponse. Du renseignement obtenu par notre confrère, il paraît qu'au bureau de statistique existe un registre portant les nom, prénoms, adresse et diagnostic de tous les décédés. Comme il est impossible qu'un semblable registre et de semblables bulletins soient à l'abri de toute indiscrétion,

ce mode de procéder nous paraît absolument inconciliable avec l'obligation que nous impose l'article 378 du Code pénal.

Tel a été aussi l'avis de la Société de médecine de Nancy, qui a adopté à l'unanimité une proposition par laquelle elle « croit utile d'attirer l'attention de l'Administration municipale sur l'atteinte que porte au secret médical la forme des certificats et déclarations de décès actuellement usitée à Nancy; elle exprime le vœu que cet état de chose puisse être modifié de façon à concilier la garantie du secret professionnel et l'exactitude des statistiques. »

Commune. — Service médical. — Gratuité

Par convention passée avec le Conseil municipal d'une commune, un médecin s'engage, moyennant une somme fixe annuelle, à donner gratuitement ses soins à tous les habitants de la commune, les frais nécessités par l'intervention d'autres médecins restant seuls à la charge des intéressés. Cette convention est-elle valable?

La question a été portée devant la justice par un médecin militaire qui, mis à la retraite, était venu s'établir dans la commune liée par semblable convention envers un médecin habitant une commune voisine. Il prétendait que la délibération du Conseil municipal à ce relative était nulle, attendu qu'elle portait atteinte à la liberté du commerce en constituant un monopole de fait pour l'exercice de la médecine dans la commune. Il faisait valoir, en outre, que la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, avait déterminé d'une manière limitative les charges que les communes pouvaient s'imposer pour le service médical gratuit, service qui ne pouvait être accordé qu'aux indigents. Enfin, il s'appuyait sur l'avis de la section de l'intérieur au Conseil d'Etat, en date du 17 juillet 1894 (Dalloz), 98, III, 3), aux termes duquel un Conseil municipal (il s'agissait du Conseil municipal de Roubaix) ne peut sans sortir de ses attributions légales et sans violer les prescriptions de la loi du 21 germinal an XI, voter l'établissement d'une pharmacie municipale vendant les médicaments au prix de revient, et gérée par un titulaire à la nomination du Conseil municipal, — pour dénier au Conseil municipal le droit d'établir, au moyen de deniers communaux, un service gratuit de médecine, et de créer ainsi, en fait, un monopole en faveur du médecin auquel ce service était confié.

Mais ces prétentions, écartées d'abord par le préfet du département, ont été définitivement repoussées par le Conseil d'Etat, lequel a décidé: « qu'aucune disposition de loi ou de règlement n'interdit aux communes d'organiser, au moyen de leurs ressources ordinaires, un service médical gratuit, dans les conditions où il avait été créé par les délibérations du Conseil municipal. » Conseil d'Etat, 7 août 1896 (Dalloz, 98, III, 4). Il est de règle, en effet, que les Conseils municipaux peuvent inscrire dans leur budget des dépenses facultatives qui ont pour but de pourvoir à certains objets présentant un intérêt pour la généralité des habitants, à la seule condition que cette allocation ne soit prohibée ni directement, ni indirectement par aucune disposition législative ou réglementaire. Or, ainsi que le fait justement observer l'annotateur de l'arrêt du 7 août 1896, la loi du 15 juillet 1893, en rendant obligatoire pour les communes le service médical gratuit des indigents, n'a pu avoir pour effet d'interdire aux communes la faculté d'étendre ce bienfait à toute la population. La commune qui se bornait, moyennant le vote d'un crédit déterminé, à assurer les secours gratuits d'un médecin à tous ses habitants, n'avait pas fait autre chose.

Toutes différentes étaient les conditions dans lesquelles le conseil municipal de Roubaix avait voulu créer une pharmacie municipale. C'eût été organiser, pour le compte de la commune, une véritable exploitation commerciale et industrielle, alors même que cette exploitation aurait eu pour objet, non un bénéfice à réaliser, mais un avantage à procurer aux habitants par suite de l'abaissement des prix de vente. Or, les communes n'ont point une capacité illimitée; elles doivent, comme les autres établissements publics, se renfermer dans le cercle des attributions qui leur sont conférées par la loi. Et il n'est pas douteux que la fabrication, l'achat et la vente des médicaments constituent des opérations industrielles, commerciales, étrangères aux attributions légales des Conseils municipaux.

Au contraire, un Conseil municipal ne dépasse en rien les limites de ses attributions quand il alloue, sur les fonds libres de la commune, des honoraires annuels à un médecin qui s'engage à soigner gratuitement tous les habitants. Par une semblable convention, en effet, la commune ne se livre à l'exercice d'aucune profession, ni à aucun maniement de fonds pouvant produire des pertes ou des bénéfices.

J. Jacquey

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par arrêté ministériel, en date du 25 avril 1898, M. le docteur Carrière, agrégé près la faculté de médecine, est nommé chef du laboratoire des cliniques.

Mutations dans le personnel du service de santé militaire de la région. — M. le médecin-major de 1re classe Barois, chef de service à l'hôpital de Lille, devient médecin chef de l'hôpital militaire de Cambrai.

— M. le médecin-major de 1re classe Dubois est placé pour ordre à l'hôpital militaire de Lille.

— M. le médecin aide-major de 1re classe Out, du 43e d'infanterie, passe au 104e d'infanterie.

— Nous relevons les nominations suivantes intéressant notre région dans le cadre des officiers du service de santé militaire de la réserve :

MM. les docteurs Potel, Lemichez, Meurisse, Marlier, Vienne, Laurent, sont nommés aide-majors de 2e classe.

Concours d'agrégation *(chirurgie et accouchements)*

L'admissibilité aux épreuves définitives des **Concours d'agrégation** (section de chirurgie et d'accouchements) a été proclamée vendredi; sont admissibles pour Lille, MM. Gaudier, Vanverts et Le Fort.

Distinctions honorifiques

A été nommé *Officier d'Académie*, M. Leroy, pharmacien à Sains-du-Nord.

A propos du **conflit hispano-américain**, notons qu'en 1897, la flotte espagnole comptait **127 médecins**, la marine américaine 157 chirurgiens.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs **Belin-Desparquets**, de Paris; **Laigniez**, de Douai; **Dromart**, de Paris; **Guyot**, médecin-adjoint à l'asile de Quatremares ; **Berthier**, d'Aix-les-Bains (Savoie) ; **Pujol**, d'Argelès-sur-Mer (Pyrénées-Orientales).

Brocchi, professeur de zoologie à l'Institut agronomique, à Paris.

De M. G.-C.-E **Dupont**, pharmacien à Gravelines, membre du Conseil d'hygiène de Dunkerque ; de M. **Hanquelle**, pharmacien à Béthune; nous adressons à leur famille l'expression de nos sympathiques condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Lexique-Formulaire des Nouveautés Médicales, par le professeur Paul Lefert, 1 vol. in-18 de 336 pages, chez J.-B. Baillière et fils, 10, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Chaque jour apporte des découvertes nouvelles en pathologie, comme en thérapeutique. La terminologie médicale s'augmente constamment de termes nouveaux. Il est difficile de se tenir au courant de ces progrès incessants, plus difficile encore de noter et de retenir la foule des notions nouvelles.

Ce petit volume renferme des documents disséminés dans un nombre considérable de Traités et de Journaux de médecine, que les Dictionnaires les plus complets, les plus récents ne renferment pas. Epargner au travailleur des recherches parfois longues et pénibles, secourir la mémoire du praticien, tel est le but du *Lexique-formulaire des Nouveautés Médicales*.

Le lecteur y trouvera l'analyse des travaux, l'exposé des découvertes et des théories les plus récentes en *pathologie générale*, en *anatomie* et en *physiologie pathologiques*, en *clinique* et en *thérapeutique médicales* et *chirurgicales* ; l'indication des *nouvelles méthodes thérapeutiques*, des *nouveaux médicaments* et des *nouvelles opérations*.

L'habitude que l'on a prise de donner aux maladies les noms des auteurs qui les ont décrites, les dénominations multiples données à une même affection par des auteurs différents rendent la nomenclature médicale confuse, et la lecture des ouvrages de médecine souvent difficile. L'auteur a donné l'indication de toutes ces dénominations et synonymies.

Aux *noms propres d'auteurs*, on trouvera les maladies ou les symptômes qu'ils ont décrits, les opérations ou les instruments qu'ils ont inventés. Aux *noms de maladies*, on trouvera l'énumération rapide de leurs principaux symptômes et l'indication des nouveaux agents thérapeutiques employés contre elles. Aux *noms de médicaments*, on trouvera leurs propriétés, leurs usages, leur posologie, pour les différents âges, et leur meilleur mode d'emploi avec quelques formules.

Le public médical fera à ce *Lexique-formulaire* le même accueil qu'aux autres ouvrages du professeur Paul Lefert, et ce petit volume trouvera sa place sur la table du praticien, comme dans la bibliothèque de l'étudiant.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

16e SEMAINE DU 17 AU 23 AVRIL 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	7
3 mois à un an	10	9
1 an à 2 ans	3	7
2 à 5 ans	6	2
5 à 10 ans	»	4
10 à 20 ans	1	3
20 à 40 ans	9	6
40 à 60 ans	11	8
60 à 80 ans	11	10
80 ans et au-dessus	3	2
Total	60	58

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	3	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	3	10	11
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	3	2	»	»	2	»	»	»	»	»	6	17	13
Moulins, 24,947 hab.	»	4	»	»	»	»	1	1	3	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	4	17	24
Wazemmes, 36,782 hab.	»	6	»	»	1	»	»	1	3	1	4	»	»	3	»	»	»	»	»	5	24	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	1	1	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	9	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	2	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	4	12	9
Esquermes, 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	2	8	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	5	15
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	7	11	26
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	5	5
Total	»	12	»	»	2	»	3	4	21	7	14	»	»	16	»	»	1	»	»	38	118	139

N° 69. Deuxième Année, N° 19. Le Numéro : **10** centimes. 8 Mai 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 *fr. par an.*

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 *fr. par an*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — Congrès de médecine de Montpellier. — TRAVAUX ORIGINAUX : Un cas de goître exophtalmique; action de la sympathicotomie (opération de Jaboulay) sur l'exorbitisme et sur la tachycardie, par MM. les docteurs **F. Combemale** et **H Gaudier**. — Forme rare d'hematocèle rétro-uterine, par le docteur **Lambret.** — La stypticine dans les épistaxis utérines et les hémoptysies, par le docteur **J. Lavialle** et **Ch. Ruyssen,** externe des hôpitaux. — Variétés. — Livres. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie des sciences**, M. ARLOING étudie l'influence de la voie et du mode d'introduction sur le développement des effets immunisants du sérum antidiphtérique. L'action antitoxique de ce sérum est au maximum quand il est introduit dans le sang (veine jugulaire), au minimum quand il est introduit dans le tissu conjonctif. L'injection intra-péritonéale tient le milieu entre ces deux limites.

A l'**Académie de médecine**, M. GRANCHER lit un rapport important de la Commission nommée pour étudier la prophylaxie de la tuberculose. Voici les principales conclusions :

1° L'Académie rappelle ses conseils de 1890 :

a) Recueillir les crachats dans des crachoirs contenant de l'eau phéniquée à 5 °/₀ et colorée;

b) Eviter les poussières en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide;

c) Faire bouillir le lait avant de le boire.

2° L'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense.

3° Pour l'armée, l'Académie demande la réforme temporaire pour les tuberculeux au premier degré et la réforme définitive dès qu'on a constaté le bacille de Koch dans les crachats.

4° En ce qui concerne les malades des hôpitaux :

a) Isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées.

b) Antisepsie des salles des tuberculeux, notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage.

c) Amélioration du corps des infirmiers par une paie plus haute et un meilleur recrutement et une retraite.

⁂ M. TUFFIER émet une théorie générale sur la ptose viscérale : Il faut voir de plus haut l'ensemble de ces déplacements et des accidents qu'ils provoquent et les considérer comme des expressions d'une maladie générale congénitale ou acquise, caractérisée par une infériorité physiologique des tissus.

A la **Société de Biologie**, M. SICARD a expérimenté la voie céphalo-rachidienne comme voie d'infections microbiennes, toxiques et thérapeutiques. Le bleu de méthylène ne passe pas dans le liquide céphalo-rachidien : c'est ainsi que chez un dothiénentérique l'auteur n'y a pas trouvé de réaction agglutinante alors que dans le sérum elle était très nette. L'auteur a essayé d'injecter de la toxine tétanique à un malade atteint de tétanos ; le résultat fut nul.

⁂ M. BLOCH a essayé de traiter la tuberculose pulmonaire par l'immobilisation dans un appareil plâtré de

la moitié malade du thorax. L'auteur a expérimenté sur trente tuberculeux. Il a eu un succès presque constant. Il y aurait une diminution notable des râles et craquements après trois semaines de traitement.

A la **Société de chirurgie**, la discussion revient sur les psychoses post opératoires. M. BARETTE rapporte les observations de trois malades. L'une, âgée de 50 ans, est démente depuis 15 mois.

M. TUFFIER est convaincu que dans la plupart des cas observés, il s'agit de malades prédisposés.

M. BOUILLY partage cette opinion ; néanmoins on doit reconnaître que toute opération, et en particulier certaines interventions sur les organes génitaux, sont susceptibles de donner une secousse cérébrale capable de faire éclater des accidents qui auraient pu manquer sans elle.

*** M. RICARD lit un rapport de M. LOISON sur une observation de gastrostomie faite pour un épithélioma de l'œsophage. Le résultat est excellent. L'auteur a employé le procédé de FONTAN.

D'après M. ROUTIER, la difficulté est surtout d'obtenir la continence de l'estomac, et d'empêcher le rejet du suc gastrique.

Pour cela, il ne faut pas ourler la muqueuse à la peau, mais à la partie musculaire et séreuse de la paroi abdominale.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, au contraire, recommande de fixer la muqueuse à la peau.

Pour M. TUFFIER le choix du procédé n'a pas grande importance. La tolérance des estomacs varie beaucoup, quoi qu'on fasse et quel que soit le procédé employé.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. SEVESTRE présente la statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1897 :

Sur 580 malades la mortalité totale a été de 17.40 %. Si l'on fait déduction des cas de mort dans les vingt-quatre premières heures de séjour à l'hôpital, la mortalité tombe à 10.80 %. Tous les malades ont reçu une dose de sérum variable. La dose moyenne est de 20 centimètres cubes.

Les cas de croup sont au nombre de 341 sur lesquels 202 enfants ont été tubés. Mortalité globale, 19,70 % ; réduite, 11,41 %.

*** M. HAYEM revient sur sa communication précédente concernant l'emploi des alcalins dans le traitement des états dyspeptiques. Il se défend d'avoir voulu proscrire l'usage des alcalins. Il a seulement affirmé que d'une façon générale, les alcalins pris d'une façon prolongée exagèrent le type chimique primitif.

A la **Société de Thérapeutique**, M. FREMONT rapporte plusieurs observations de malades hypopeptiques traités avec succès par l'administration de suc gastrique en nature. Dans tous les cas l'auteur a eu des succès. Quant à expliquer le mécanisme de cette action thérapeutique, l'auteur avoue n'être pas en mesure de le faire actuellement.

Congrès de médecine de Montpellier

II. — FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Cette question a été étudiée par MM. BARD, REVILLIOD et VERGELY. Nous nous contenterons de résumer ici le rapport du dernier de ces auteurs.

On peut ranger les formes de la tuberculose pulmonaire en trois grands groupes, suivant que sa marche est aiguë, subaiguë ou chronique. Chacune de ces classes comprend à son tour des subdivisions multiples.

Tuberculoses pulmonaires aiguës : C'est la voie sanguine ou lymphatique qui est particulièrement suivie par le bacille de KOCH quand il produit une infection à marche très aiguë. Ce qui domine la scène, c'est la note infectieuse locale ou générale ; fièvre, troubles neuro-musculaires et digestifs, troubles du côté de la circulation du sang et des organes hématopoiétiques, voilà les signes offerts par les malades. En dehors des cas où se fait cette évolution septicémique de la bacillose, on voit celle-ci affecter le plus souvent les allures d'une maladie gastro-intestinale : granulie proprement dite, typho-bacillose, etc. C'est à la fièvre typhoïde que ressemble cette modalité et le sérodiagnostic présente ici la plus haute utilité.

A côté de cette infection à forme dothiénentérique, on peut ranger la tuberculose aiguë à marche suffocante, l'asphyxie tuberculeuse d'ANDRAL et les formes bronchitiques et bronchopneumoniques. Le début de ces dernières est des plus insidieux : un mauvais état préalable du sujet a préparé le développement du bacille. Alors apparaît une bronchite primitive qui ne guérit pas, un rhume qu'on attribue à un léger refroidissement. La percussion de la poitrine donne des résultats très divers. L'oppression devient plus intense à mesure que les bronchioles sont prises et qu'on assiste au développement d'une bronchite capillaire. Il est très difficile, chez les enfants, de dire si on a affaire à une bronchopneumonie

banale ou à une bronchopneumonie tuberculeuse, tellement la similitude des signes est grande.

Sous la rubrique de tuberculose aiguë à forme pleurale, il faut ranger toutes les modalités cliniques de la granulie où la note pleurale domine. LANDOUZY et LION pensent que la bacillose peut être incriminée dans les épanchements pleuraux au moins 90 fois %. La variété péritonéo-pleurale présente un grand intérêt clinique. Après quelques troubles vagues ou sans prodromes, on voit survenir des accidents péritonéaux avec une ascite peu abondante, puis une fièvre modérée suivie d'un épanchement pleural unilatéral. Cette forme appartient presque exclusivement à l âge adulte.

La pneumonie caséeuse est essentiellement un processus d'évolution tuberculeuse d'origine intra-alvéolaire ; les expériences de STRAUS et de GAMALEIA, récemment reprises par FRAENKEL et TROYE, ont démontré que l'injection intratrachéale de ces produits chez les animaux détermine une pneumonie caséeuse comme chez l'homme. Le diagnostic différentiel avec la pneumonie simple peut être parfois fort difficile quand la pneumonie lobaire se montre chez des sujets épuisés, surmenés, et quand le pneumocoque est associé à d'autres microorganismes.

Tuberculose pulmonaire subaiguë ou phtisie galopante : C'est la phtisie chronique raccourcie, condensée, la phtisie chronique moins la durée. La note consomptive domine ici : la maladie débute chez un sujet jusque-là bien portant, mais le plus souvent après une grippe, une coqueluche. Elle choisit ses victimes dans l'enfance et dans l'âge adulte ; elle s'annonce comme une inflammation simple, aiguë, du poumon ou un catarrhe bronchique aigu. Le pronostic est presque toujours fatal.

Tuberculose pulmonaire chronique : La forme commune, normale, ulcéreuse, est caractérisée par l'installation lente, et défiant au début la plus scrupuleuse recherche médicale, du bacille dans le poumon. A côté d'elle prennent place des formes larvées, à commencer par la chlorotique ou chloroanémique. La ressemblance avec la chlorose peut être étonnante. L'aspect extérieur et les lésions hématiques sont les mêmes ; la fièvre et l'amaigrissement s'observent d'un côté et de l'autre. Il est très difficile de dépister la tuberculose sous ce masque. Quelquefois, elle prend une modalité gastro-intestinale, à laquelle MARFAN a consacré sa thèse. Affaiblissement de la motricité stomacale et diminution du pouvoir digestif du suc gastrique, ulcérations intestinales, diarrhée, voilà dans ces cas les grandes lignes du tableau.

La bronchite sous toutes ses formes, aiguë, chronique à répétition, catarrhale, pseudo-grippale, peut dissimuler la germination des tubercules. Il est inutile d'insister sur ces formes bronchitiques aiguës qui débutent comme une irritation a frigore, qui frappent successivement le naso-pharynx, le larynx, la trachée et les bronches : toux sèche d'abord, puis quinteuse, expectoration nulle ou blanchâtre, quelquefois avec quelques filets de sang, râles sibilants disséminés, piaulement, râles sous-crépitants, murmure vésiculaire obscur, un peu de dyspnée, un peu de fièvre, absence de bacilles dans les crachats. Cet état se prolonge, résiste aux divers moyens thérapeutiques. Le sujet maigrit et perd ses forces, la bronchite passe à l'état chronique et bientôt la lésion pulmonaire apparaît par un foyer sous-claviculaire et sus-épineux.

Les lésions du larynx dans le courant de la phtisie sont fréquents. La laryngite catarrhale cache souvent derrière elle une atteinte grave de l'organe. Les organes génito-urinaires sont également le siège de manifestations variées de la tuberculose locale, mais fréquemment aussi de lésions qui ne sont que l'extension de celles qui ont déjà pénétré dans le poumon.

Il faut encore décrire une forme larvée pseudo-addisonienne, une forme osseuse et articulaire, une forme nerveuse, une forme ganglionnaire.

Les phtisies évoluant sous la forme larvée fébrile sont quelquefois latentes ; dans d'autres circonstances, l'allure de la fièvre, l'état général font préjuger une bacillose. On peut voir apparaître une fièvre intermittente à accès en apparence réguliers qui ont déjà été signalés depuis longtemps par ROGER dans la méningite tuberculeuse et qu'on est trop aisément tenté de prendre pour une fièvre paludéenne de nature bénigne.

Il y a également une place à faire à la phtisie latente. Elle n'est pas rare chez les animaux ; NOCARD a montré que chez les bovidés elle existe sous les apparences de la plus exubérante santé. LAENNEC pensait qu'il en était de même pour l'homme. A quels signes donc reconnaître la maladie ? Les uns se contentent du doute et agissent comme si les signes tirés des anamnestiques de l'examen actuel leur paraissaient suffisants pour porter le diagnostic ; les autres recourent à la tuberculine et attendent de ses effets le témoignage de la présence de l'agent pathogène dans l'organisme.

La tuberculose pulmonaire est fréquemment secondaire

à des tuberculoses locales primitives. La loi de LOUIS souffre de nombreuses exceptions. Les lésions cutanées, la scrofulo-tuberculose, les lésions osseuses articulaires, génitales, rénales, cérébro-spinales, circulatoires, pleurales, gastro-intestinales peuvent être le primum movens d'une attaque pulmonaire ultérieure.

La disposition que le diabète sucré prête à la marche de la maladie qui nous occupe a été reconnue par MORTON, COPPLAND NICOLAS et GUEUDEVILLE. La moitié des diabétiques deviennent poitrinaires. La grippe, dit GRASSET, met en évidence une lésion jusque-là silencieuse et qui serait peut-être restée longtemps encore à l'état latent, si cette grippe n'avait réveillé la disposition en quelque sorte endormie. LASÈGUE a étudié avec un soin particulier la phtisie survenant dans les affections chroniques des reins. L'abus de l'alcool prédispose sans le moindre doute à la facilité d'envahissement des poumons par les bacilles tuberculeux.

KOCH a remarqué dès le début de ses recherches que des microorganismes divers s'associent au bacille spécifique. M. VERGELY croit que cette question n'est pas encore tranchée et qu'on ignore ce qui en est de ces associations. Le bacille peut quelquefois s'unir à des spores de champignons qui végètent aisément sur les surfaces ulcérées et en pleine déchéance organique : on connaît à ce titre l'aspergillus fumigatus et l'actinomyces. L'aspergillose peut se développer chez des phtisiques qui n'exercent aucune des professions exposant à cette infection.

Quand on fait une autopsie, il est presque constant de trouver des masses indurées, résistantes, cicatricielles, d'une coloration gris-noirâtre, avec des bronches dilatées, de petites cavités, des fragments de caséum ou des portions calcifiées perdues au milieu de portions emphysémateuses. Quand les poumons sont en grande partie transformés en cette masse cicatricielle, c'est la conséquence d'une *phtisie fibreuse*.

Tuberculose pulmonaire infantile : Le bacille prend aisément possession de l'organisme des enfants et, de plus, il s'y généralise avec une étonnante facilité. Les groupes qu'AVIRAGNET a distingués en 1892 demeurent encore typiques. On s'accorde à reconnaître aujourd'hui, après des opinions divergentes, assez longtemps acceptées, que la tuberculose des poumons *chez le vieillard* n'est pas rare. Elle est alors localisée et très ordinairement accompagnée de dilatation des bronches et d'induration fibreuse du voisinage. Les malades rappellent plutôt l'aspect des emphysémateux bronchitiques que celui des tuberculeux. La fièvre ne se montre qu'au moment des poussées aiguës ; la toux et les hémoptysies sont peu fréquentes.

De tout ce rapport, il apparaît avec la plus entière évidence que l'individu, le terrain si l'on veut, joue un rôle important : il revient, en second lieu, une part à l'agent microbien et à ses toxines plus ou moins virulentes. La forme varie encore avec le mode d'introduction du bacille. En tous cas, il faut étudier minutieusement ce que devient, dans telle ou telle condition, l'organisme aux prises avec la tuberculose : peut être est-ce la voie qui doit mener à un traitement rationnel de ce mal, dont la vaccination n'a encore fourni que des résultats décevants.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de Goître exophtalmique ; action de la sympathicotomie (opération de JABOULAY) sur l'exorbitisme et sur la tachycardie (1)

PAR MM. LES DOCTEURS

F. Combemale, professeur de clinique médicale ET **H. Gaudier,** ex-chef de clinique chirurgicale

de la Faculté de Médecine de Lille

La bénignité des interventions chirurgicales sur le sympathique est admise, depuis que l'on aborde par la résection des ganglions cervicaux supérieurs le traitement de certaines épilepsies. Le cas dans lequel nous avons pratiqué la sympathicotomie pourrait venir à l'appui de cette bénignité de l'opération, si c'était là le point que nous désirons mettre en lumière. Mais telle n'est pas notre intention.

Ce qui, dans l'observation qui va suivre, nous paraît digne de fixer l'attention, c'est que par la résection du sympathique dans le goître exophtalmique l'exorbitisme et la tachycardie disparaissent, l'un en quelques heures, l'autre en quelques jours, et que cette disparition de deux symptômes cardinaux de la maladie de BASEDOW est durable. Nous en tirons volontiers la conclusion que, lorsque la tachycardie est intense et continue, lorsque seule ou de concert avec l'exophtalmie elle est cause d'accidents menaçants, la sympathicotomie devient une opération de nécessité.

Voici du reste l'observation qui, en exposant le cas devant lequel nous nous trouvions, légitimera

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 19 avril 1898.

notre intervention et nous absoudra d'en tirer matière à communication.

Mme Elise Deg..., ménagère, âgée de 32 ans, de Roubaix, qui a hérité de sa mère d'un nervosisme accentué et est mère de deux enfants sans tare apparente, n'avait pas d'histoire pathologique quand elle contracta, l'hiver dernier, une bronchite simple de nature. Vers le même temps, son cou, qui avait toujours présenté une pointe de goître médian, augmentait progressivement de volume, sans que l'état général subit néanmoins de ce fait la moindre atteinte. Peu à peu cependant apparurent des phénomènes de compression bronchique : toux fréquente, accès de dyspnée nocturne, sensations d'étouffement, et des sensations douloureuses dans la région précordiale : palpitations par accès, angoisse presque continue ; parmi d'autres symptômes contemporains encore, ce furent l'émotivité extrême du caractère, l'apparition d'idées lypémaniaques vagues, la saillie graduelle des globes oculaires, le tremblement continu et très menu des extrémités, la moiteur permanente de la peau, la sensation de chaleur par tous les temps.

En sept à huit mois, ce tableau classique de la maladie de Basedow s'était constitué chez notre malade, sans qu'aucune étiologie particulière (grossesse, allaitement, fatigues physiques, état moral), puisse être invoquée. Du reste, le sommeil était bon dans les conditions favorables de décubitus, les règles normales, l'appétit conservé, car il n'y avait pas de dysphagie. Elle était dans cet état quand un médecin consulté proposa la thyroïdine : d'alors date un amaigrissement subit et notable, une poussée nouvelle de palpitations, d'exorbitisme ; l'apparition d'une parésie de la corde vocale droite sans phénomènes inflammatoires, amenait peu après la malade à la consultation de l'un de nous.

A l'examen, ce qui frappait d'abord, c'était le goître volumineux, donnant au cou un pourtour de 36 centimètres mesuré au cordeau, formant une tumeur nettement trilobée (chaque lobe ayant le volume d'un œuf d'oie), écartant les muscles superficiels du cou, rejetant le paquet vasculaire en arrière, et battant à chaque pulsation cardiaque d'une manière très apparente à la façon d'un thrill. Malgré la gêne respiratoire et la dyspnée qu'il provoquait, la malade supportait la présence de son goître sans réclamer de secours thérapeutique.

Mais ce dont la malade demandait à être soulagée, en plus de la voix bitonale et de l'aphonie passagère causées par sa paralysie laryngée, c'était des sensations douloureuses précordiales qu'elle éprouvait ; palpitations constantes, angoisse presque continue qui la tenaient dans un cauchemar permanent. L'auscultation, en effet, révéla un cœur véritablement affolé, dont il était impossible de compter avec exactitude le nombre des battements : cependant le nombre de 200 fut dépassé à l'un des examens subis ; inégal, irrégulier, mais frappant violemment la poitrine par véritables bonds, ce cœur ne présentait pas de bruit de souffle, de lésions d'orifices. Le pouls radial participait de ces caractères ; à peine ondulé, tellement il était rapide et dépressible, ainsi qu'en témoigne la sphygmogramme ci-joint qui rappelle celui d'un



asystolique, il avait parfois des soubresauts subits ; 210 pulsations furent comptées un jour, à plusieurs reprises le chiffre de 160 fut dépassé. Comme les carotides, les jugulaires étaient animées de battements, nullement transmis. La tension artérielle n'était cependant pas modifiée : elle était de 18 mm.

Ce surmenage cardiaque évident et la crainte d'accidents menaçants pour la malade du fait de sa tachycardie nous décidèrent à lui proposer, dès la troisième visite, une intervention chirurgicale, qu'elle accepta de prime abord, sous réserve du consentement de son mari. En faisant cette proposition, nous nous souvenions que déjà M. Jaboulay par la simple section du sympathique dans un cas de goître exophtalmique avait obtenu des résultats immédiats excellents sur la tachycardie, et que M. Jonnesco avait également obtenu des effets durables, modérateurs de l'accélération cardiaque, par la résection du cordon sympathique de chaque côté jusqu'au ganglion inférieur. Nous n'ignorions pas non plus que dans des observations nouvelles MM. Jaboulay, Faure, Gérard-Marchand, Quénu, Soulier, Juvara, affirmaient que l'opération rapidement conduite et exécutée dans certaines conditions, était particulièrement bénigne, mais qu'elle ne donnait pas toujours tous les résultats qu'on en attendait. De tout cela la patiente fut informée.

Cependant, avant que d'opérer et en attendant la réponse, nous eûmes recours à une médication destinée à calmer l'éréthisme cardiaque : 10 centigr. par jour d'ipéca, d'extrait d'opium et de digitale en pilules furent ordonnés ; le résultat dans la huitaine fut bien d'abaisser à 140 le nombre des pulsations, de faire disparaître l'angoisse précordiale, mais trois jours après la cessation de la médication, le pouls remontait, les palpitations reprenaient intenses.

La malade vint d'elle-même demander l'opération. Nous l'hospitalisâmes aussitôt, d'autant que sa toux et sa dyspnée avaient augmenté ; de fait des râles de bronchite ronronnaient dans sa poitrine.

L'examen minutieux auquel nous la soumîmes à peine entrée à la Maison de santé, une dernière fois avant d'intervenir, nous révéla dans les urines l'absence de pigments anormaux, mais une forte coloration par l'urochrome ; rares, foncées, uratiques, elles présentaient des traces d'albumine, mais l'urée était en quantité normale (16 gr. par litre). Les conditions de nutrition étaient donc favorables pour opérer.

Le sang avait une richesse globulaire normale de 4 millions 500.000 hématies, mais une légère diminution dans le taux de l'hémoglobine ; nous ne notâmes pas de leucocytose, pas de formes nucléées dans les

hématies. Il n'y avait donc pas d'asphyxie chronique sanguine.

La température oscillait entre 37°2 et 37°9. L'état nerveux était très accusé : besoin de déplacement, insomnie du fait d une angoisse morale continuelle.

Du côté des yeux, l'exophtalmie quoique fort nette, n'était pas excessive, comme on peut le voir sur le cliché stéréoscopique pris par le docteur DHAINE, mais le signe de Græfe existait, c'est à-dire qu'il y avait dissociation des mouvements synergiques des paupières et des globes oculaires, mais des scotomes scintillants traversaient parfois son champ visuel. A part cela, l'acuité visuelle était normale, il n'y avait pas de diplopie, pas de conjonctivite.

La malade étant préparée comme d'usage, l'opération eut lieu le 12 mars 1898 ; le pouls bat près de 200, quelques minutes avant l'entrée dans la salle d'opérations.

Chloroformisation sans incidents. Le docteur GAUDIER attaque l'opération par le côté droit. Incision de douze centimètres suivant le bord postérieur du sterno-mastoïdien ; elle commence un peu au-dessus de l'angle du maxillaire et finit à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule. Section de la peau, des fibres du peaucier et de l'aponévrose ; chemin faisant, le bistouri divise les branches transverses du plexus cervical superficiel.

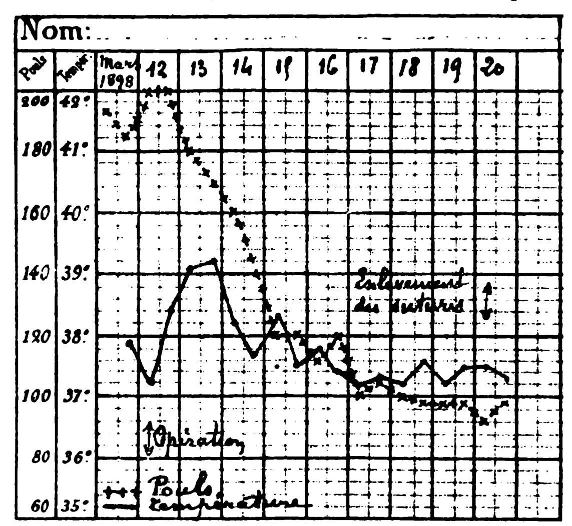
La veine jugulaire reconnue, turgescente, est dénudée sur toute la longueur de la plaie et donnée à l'écarteur. En dedans de la veine, on reconnaît la carotide interne, et le pneumogastrique. L'artère et le nerf délicatement isolés, sont donnés ainsi que la veine à l'écarteur. Immédiatement derrière la carotide, on aperçoit dans l'aponévrose prévertébrale, un tronc nerveux, aplati, fin, juste au devant des tubercules antérieurs des apophyses transverses. Ce filet est suivi en haut et en bas ; en haut, dans l'angle supérieur de la plaie, très profondément, on finit en écartant bien, par apercevoir le ganglion supérieur, renflé et d'où émergent de fins rameaux. Le sympathique est alors sectionné d'un coup de ciseau, au dessus du ganglion, puis disséqué de haut en bas, en le décollant, sur une longueur de 7 c., 3. Il est très friable, et en bas la pince qui le maintient en déchire un fragment. Au moment de sa section, la pupille droite s'est rétractée nettement, et l'exophtalmie commence à diminuer ; une demi-heure après la protusion de l'œil droit avait disparu.

La plaie complètement exsangue est fermée par un plan de sutures superficielles. Pas de drain Pansement antiseptique. L'opération a duré 22 minutes.

Du côté gauche, l'opération est conduite de la même manière, mais beaucoup plus rapidement (8 minutes) ; le sympathique est rapidement atteint, car on est moins gêné qu'à droite par le volume des vaisseaux du cou. Le ganglion supérieur et le sympathique sont réséqués sur une étendue de 6 cent. Au moment de la section, la pupille devient punctiforme ; mais la disparition de l'exophtalmie est moins appréciable que de l'autre côté. Sutures comme à droite.

La malade a très bien supporté le chloroforme, qu'administrait avec prudence le Dr INGELRANS. Elle se réveille rapidement : l'aspect de la figure a déjà changé, le regard n'a plus la fixité d'il y a une heure. Nous notons que le pouls n'a pas subi de modifications très appréciables.

Les suites opératoires furent excellentes. La courbe thermique que l'on peut suivre ci-contre ne révèle, au reste, rien d'anormal, sinon la température de 38°4 le soir même de l'opération, et 39°1, 39°2 le lendemain ; ces températures qu'il convient d'attribuer à la bronchite subaiguë que présentait la malade, et sur laquelle nous avions passé, tant l'asystolie était menaçante, ne se représentèrent du reste plus.



La courbe du pouls que l'on peut suivre sur le même tracé, ne montre aucune modification sensible du nombre des pulsations jusqu'à trois jours après. En présence de ce fait que le pouls restait le lendemain au même chiffre qu'avant l'opération, nous administrâmes dès le second jour les pilules dont nous avions déjà obtenu l'effet appréciable Ce fut comme une amorce à la chute du pouls ; diminuant de moitié la quantité d'ipéca le jour suivant pour suspendre le quatrième jour, nous vîmes successivement le pouls tomber à 120 le 15 mars, à 104 le 17. Cinq jours après l'opération, le 18 mars, alors que l'ipéca était suspendu depuis deux jours, le pouls était à 98 et s'y maintenait tout le jour ; les qualités en étaient celles que montre le tracé sphygmographique ci-joint, fréquent, mal assuré encore, mais régulier



et égal. La tension artérielle était à 17mm5. On pouvait presque dire que le cœur battait normalement ; il n'y avait plus d'accès de palpitations ; nuits excellentes d'autre part, état moral complètement revenu.

Le 20 mars, les fils sont enlevés ; il y avait réunion linéaire par première intention ; la malade quitte son lit et mange.

Le 28 mars, seize jours après l'opération, la malade



16 AVRIL



11 MARS

renir, les indications de la sympa-
e goître exophtalmique ; nous vou-
hute lente, mais durable du pouls à
tion du sympathique. Notre cas ne
confirmer ce que nos devanciers
t vu et noté : mais nous ferons
r intervention n'avait pas été recom-
nôtre par le besoin de parer aux
a cœur. Or, nous estimons, nous,
aie indication ; et l'explication des
roposons ci-après nous porte à ne
essité d'une intervention.
s qui ont effectué cette opération
en effet que la tachycardie, dès
pathique, cesse du fait d'une action
sinage sur le cœur, de nerf à nerf.
ardés de la section du sympathique
peuvent pas légitimer cette hypo-
nons plus volontiers, avec M. le
IEIMER, que les filets sympathiques
rès la section du tronc, cessent de
iver l'hypersécrétion thyroïdienne,
ardie, et qu'ainsi l'ébullition cardia-
d'éléments pour l'entretenir.
tion tirée du fait que le goître chez
as diminué de volume après l'opéra-
ır nous convaincre d'erreur dans
en effet, des deux sécrétions, colloïde
'organe qui déjà à l'état normal
t pathologique, l'une peut être très
e peu ou pas augmentée, comme
tres avec hyperthyroïdisation, mais
produire, comme dans les gros
ıldisation : la charpente dans un
e part pas plus la sécrétion toxique,
oxique n'est la sécrétion colloïde ;
accidentelle par la thyroïdine de
st une preuve. De ce que le goître
le volume, il ne s'en suit donc pas
xique n'a pas été diminuée, annihilée
mple informé nous croyons donc

qu'elle menaçait de faire courir à notre malade a légitimé à nos propres yeux cette intervention audacieuse.

Au milieu des considérations théoriques que cette observation pourrait soulever, il en est une à laquelle nous attachons beaucoup d'importance. Il nous semble en effet que le résultat que nous avons obtenu

notre hypothèse plausible.

Et si elle est vraie, si par la section du sympathique on s'oppose à l'hypersécrétion thyroïdienne, par suite à l'accélération exagérée du cœur, c'est quand la tachycardie est intense et durable dans un cas de goître exophtalmique, que la section du sympathique

devient véritablement le traitement de choix. C'est la conclusion à laquelle il ne nous paraît ni trop hardi ni trop téméraire de se rallier pour l'instant.

Forme rare d'hématocèle rétro-utérine

par le docteur **Lambret,** chef de clinique chirurgicale.

Le diagnostic exact des lésions du petit bassin d'origine génitale est entouré de grandes difficultés. Même dans les cas qui paraissent devoir être très simples, et pour ainsi dire classiques, on ne peut se montrer franchement affirmatif, et il faut toujours laisser une place à l'imprévu et à la surprise. Il m'est arrivé dernièrement (1) de prendre pour une annexite une tumeur juxta-utérine, qui n'était autre que la corne atrophiée d'un utérus unicorne, corne qui, atrophiée à ses deux extrémités interne et externe, était hypertrophiée à sa partie moyenne. Le fait que je désire rapporter aujourd'hui est encore une preuve de la facilité avec laquelle on peut tomber dans l'erreur : c'est un nouveau cas où l'incision et l'exploration directe m'ont permis de trouver tout autre chose que ce que m'avait fait présumer le palper et l'interrogatoire.

Observation. — Il s'agit d'une femme X..., 32 ans, entrée en mars dernier dans le service du professeur Folet, que j'avais l'honneur de suppléer. Aucun antécédent héréditaire ni personnel; passé génital nul, deux enfants sans difficultés ni accidents ; règles régulières et normales, très peu de flueurs blanches. La malade raconte que 15 jours avant son entrée à l'hôpital, après un retard de deux mois, elle ressentit des douleurs dans le ventre et eut une hémorrhagie abondante. Son médecin diagnostiqua une perte, et au milieu des caillots, il trouva l'œuf qu'il affirma avoir été expulsé en totalité. Néanmoins, elle continua à souffrir et à perdre du sang, c'est pourquoi elle entre à l'hôpital. Au moment de l'examen son état général est plutôt mauvais, le teint jaunâtre, la langue sale. L'examen des organes génitaux internes est très douloureux et difficile ; néanmoins on arrive à délimiter par le vagin l'abdomen, faisant saillie et bombant fortement dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur molle et très nettement fluctuante, remontant un peu au-dessus du pubis. A ce moment, la malade n'avait pas de fièvre, mais l'état général me paraissait suffisamment compromis pour décider l'intervention et l'évacuation par l'incision du cul-de-sac postérieur, du contenu de la poche que je croyais purulent ; mon diagnostic était en effet, et naturellement : suppuration pelvienne occupant le cul-de-sac de Douglas, consécutive à une infection génitale ayant pour origine la fausse couche signalée par la malade.

L'incision du cul-de-sac postérieur permit à mon doigt qui décollait, de pénétrer dans la poche ; je perçus immédiatement que le contenu n'en était pas liquide, mais formé de caillots mous et diffluents : j'étais dans une hématocèle ; bien plus, en enfonçant le doigt plus avant dans la cavité, je sentis très nettement un petit fœtus. Je vidai rapidement la plus grande partie de la masse caillotique ; le fœtus se trouvait dégagé et je m'efforçai en suivant le cordon ombilical qui se dirigeait vers la paroi latérale gauche de trouver l'endroit précis où il s'insérait ; mais très fragile, le cordon se rompit et j'enlevai alors le fœtus.

En achevant de vider la poche de ses caillots, je décollai quelques villosités placentaires, décollement qui n'alla pas sans une hémorrhagie notable, je pris alors le parti d'achever la désinsertion du placenta que je trouvai à gauche et dont j'enlevai la plus grande partie. Pour arrêter l'hémorrhagie devenue sérieuse, je fis un tamponnement serré de la poche de l'hématocèle, décidé à intervenir par l'abdomen, si le sang continuait à couler ; mais je ne fus pas obligé d'avoir recours à ce moyen, le tamponnement méthodiquement pratiqué à la gaze iodoformée, arrêta net l'hémorrhagie.

La malade peut être considérée comme guérie. Au milieu d'une apyrexie complète, la cavité de l'hématocèle s'est rétrécie et a disparu peu à peu.

Le fœtus, qui pouvait avoir deux mois et demi, était *vivant*.

L'histoire de la maladie est maintenant facile à reconstituer. Le retard des règles était dû à une grossesse extra-utérine ; il s'est produit au bout de deux mois et demi, comme c'est la règle, une rupture ou un avortement tubaire ayant provoqué la formation d'une hématocèle et l'expulsion d'une caduque utérine qui fut prise pour l'œuf lui-même. Cette expulsion de caduque utérine est un phénomène bien connu dans les cas de grossesse ectopique, et on sait aujourd'hui que c'est également dans cette grossesse ectopique qu'il faut chercher l'unique cause de l'hématocèle rétro-utérine. N'importe, l'erreur était presque fatale, et d'autres (1) l'ont commise avant nous dans des cas semblables, où l'expulsion de la caduque domine la scène clinique, où l'hématocèle ressemble à un avortement.

Il faut aussi remarquer que l'hématocèle donne très rarement une sensation de fluctuation aussi nette et aussi franche sur toute son étendue ; les parois de la poche formées par une coque de néo-membranes péritonéales sont ordinairement beaucoup plus dures.

J'appellerai maintenant l'attention sur cet autre

(1) Voir *Bull. de méd. de Paris*, janvier 1898.

(1) Trois fois d'après Cestan. Th. Paris 1895.

fait également intéressant : la continuation de la vie du fœtus malgré son expulsion de la trompe ; y a-t-il eu rupture ou avortement tubaire ? Il est impossible de le dire, mais il est remarquable que le fœtus ait survécu à la catastrophe. Vivait-il au milieu des caillots ? En était-il séparé par une cavité amniotique à parois minces ? Nous n'en savons rien Tout ce qu'il est possible d'affirmer c'est que nous n'avons pas vu de membrane bien nette parmi les caillots.

En dépit de l'erreur de diagnostic, l'intervention a été d'une utilité incontestable ; elle a permis de débarrasser la femme d'une grossesse ectopique, véritable tumeur susceptible de causer à peu près fatalement, dans l'avenir, des dangers sur la gravité desquels il est inutile d'insister.

La Stypticine
dans les épistaxis utérines et les hémoptysies

par le docteur **J. Lavialle** et **Ch. Ruyssen**, externe des hôpitaux

En raison probablement de ses propriétés analogues à celles des astringents, des styptiques, le nom de stypticine (1) a été donné au produit extrait de l'opium, au chlorhydrate de cotarnine ; la cotarnine, on le sait, est dérivée de la narcotine, l'un des alcaloïdes de l'opium.

Expérimentée cliniquement pour la première fois par Gottschalk (2), qui s'en est servi pour combattre les hémorrhagies utérines, soit au cours de l'accouchement soit en dehors de cet état, la stypticine a aussi été employée contre les épistaxis utérines sous la dépendance de toute autre cause.

Gottschalk a publié le résultat de ses observations et recherches, en y ajoutant des détails circonstanciés sur les effets physiologiques du nouvel agent, dans un mémoire qu'il a produit au *Congrès gynécologique* de Vienne en 1895. Il a apporté à l'appui de ses conclusions un grand nombre d'observations qui montrent que la stypticine exerce une action d'arrêt très manifeste et très rapide sur les hémorrhagies utérines. Employant la stypticine au cours de ses recherches cliniques, même dans les cas où l'hémorrhagie utérine était le fait d'une tumeur, Gottschalk a convenu que dans ces conditions encore, les résultats ont été parfois très heureux, mais il avoue qu'il ne faut pas demander au médicament une trop grande efficacité en pareille circonstance. Dans ces cas, c'est à l'intervention de la chirurgie de juger la difficulté. Mais, ces cas éliminés du champ d'action de la stypticine, au dire de Gottschalk, toute métrorrhagie, de quelque nature qu'elle soit, est enrayée par l'emploi de cet agent.

L'auteur s'est appliqué aussi à étudier les effets physiologiques de ce médicament, et dans ce but a institué de nombreuses expériences sur les animaux. A la suite d'injections hypodermiques, il a observé que la stypticine est, avant tout, un agent dont l'action porte sur le système respiratoire, en même temps que la tension sanguine baisse. Mais il est à noter que cet abaissement de la tension sanguine n'est que secondaire, et soumis aux variations de pression que subit d'abord l'appareil respiratoire. Il est à noter aussi que le mécanisme de la respiration n'est pas influencé lui-même directement, car la stypticine exerce avant tout son action sur les centres respiratoires de la moelle et du cerveau, et aussi sur le grand sympathique lui-même. L'action physiologique de la stypticine à ce point de vue offre donc des rapports intimes avec celle de l'hydrastinine. Toutes les deux amènent un ralentissement dans les fonctions de la respiration, une dépression de la tension sanguine. Il est remarquable que voisines par leur constitution chimique, dans la formule $C^{11} H^{12} NO^{3} (OCH^{3})$ de la cotarnine OCH^{3} tenant la place d'un H dans la formule $C^{11} H^{13} NO^{3}$ de l'hydrastinine —, ces deux substances aient aussi des propriétés physiologico-thérapeutiques presque identiques.

L'action de la stypticine, comme hémostatique dans les hémorrhagies utérines, prête à plusieurs interprétations. Pour les uns, Gaertig (1), Falk (2), par exemple, la suspension de l'hémorrhagie serait due à la contractilité de la fibre utérine, contractilité qui aurait pour résultat d'oblitérer les vaisseaux, serpentant dans l'épaisseur du muscle utérin. Mais peut-être trouverait-on une explication plus naturelle dans ce fait, que la stypticine modérant les mouvements respiratoires, et d'autre part, abaissant la tension artérielle, il en résulte pour le torrent circulatoire tout entier, une sorte de ralentissement à la faveur

(1) Nous nous sommes procuré la stypticine qui a servi à nos recherches chez Merck, de Darmstadt.

(2) Gottschalk. Das stypticin bei Gebaermutterblutungen. *Therapeutische Monatshefte*, 1895, t. IX, p 646.

(1) Gaertig — Stypticin, ein neues Mittel in gynækologischen Arzneischatz, *Therapeutische Monatshefte*, 1896, p. 70.

(2) Falk. — Cotarninum hydrochloricum (stypticien) *Therapeutische Monatshefte*, 1896, p. 28.

duquel peuvent s'organiser des caillots obturateurs, qui mettent fin à l'écoulement sanguin.

A doses élevées, la stypticine frappe encore le jeu régulier des muscles. On voit l'animal tomber d'abord dans l'apathie, une atonie musculaire profonde s'empare de l'organisme, un ralentissement considérable s'accuse dans les mouvements respiratoires. Bientôt à cette période de torpeur succède une période de violente agitation au cours de laquelle les muscles des jambes et du tronc entrent en contracture ; puis l'animal meurt dans une tétanisation généralisée.

Les résultats obtenus dans la stypticine dans le traitement des hémorrhagies utérines nous ont engagé, sur le conseil de M. le professeur Combemale, à tenter son emploi pour combattre les hémoptysies. Nous visions surtout, dans ces recherches, à enrayer les hémoptysies de la tuberculose.

D'une solution à 10 p. 100 dans l'eau distillée, nous avons fait des injections de stypticine à sept malades hémoptoïques, à raison d'une, parfois jusqu'à trois et quatre piqûres par jour, chacune contenant 0 gr. 10 de stypticine ; aucun inconvénient local ou général n'a été observé, notons la chose dès l'abord.

Nous avons remarqué, comme premier point, que lorsque la tuberculose n'avait pas dépassé la deuxième période, les résultats étaient très appréciables, les hémoptysies cédaient toujours rapidement. Sur les sept observations relevées dans le service où ces recherches ont été faites, les plus abondantes hémorrhagies n'ont pas résisté à quatre piqûres de stypticine pratiquées au troisième jour de l'hémoptysie. Un septième malade qui présentait déjà des cavernules aux sommets de ses deux poumons avait vu s'arrêter une hémorrhagie importante sous l'influence de la stypticine, mais il succomba peu après à une nouvelle hémorrhagie que nous ne pûmes enrayer.

Un second point, qui paraît important à M. le professeur Combemale, est le suivant : pour que la stypticine agisse bien, il ne faut pas se trouver en présence d'un état congestif trop prononcé. En ce cas, surtout s'il y a fièvre, on peut employer sans doute la stypticine, mais non d'une façon exclusive ; il convient de lui associer l'action des dérivatifs et révulsifs.

Mais s'agit-il d'une hémoptysie survenant chez un tuberculeux torpide, apyrétique, sans congestion périphérique trop prononcée, la stypticine, par elle-même, seule, de son effet propre, amènera l'arrêt de l'hémorrhagie, et conjurera le danger de l'hémoptysie.

Comment expliquer le rôle de la stypticine contre les hémorrhagies pulmonaires ?

Il semble que la stypticine provoquant par son action sur le poumon, une dilatation des vaisseaux, et d'un autré côté, produisant l'abaissement de la tension cardiaque, entraîne sous cette double influence, une déplétion de la circulation pulmonaire, et favorise enfin le caillot qui, en obturant le vaisseau rupturé, met fin à l'hémorrhagie.

Nous nous sommes servis pour pratiquer les injections de stypticine de la solution à 1/10. Mais si c'est là la meilleure voie pour l'absorption rapide du médicament, ce n'est pas la seule, et on peut très bien employer la stypticine sous forme de pilules gélatinées à la dose de 0,05 par pilule à raison de quatre ou cinq pilules par jour, comme l'on fait Neussauer (1), Gaertig et Gottschalk. Les résultats sont les mêmes.

En résumé, dans le traitement de l'hémoptysie comme dans le traitement des hémorrhagies utérines, la stypticine donne des résultats satisfaisants. Le fait est à retenir.

Ce médicament vaut-il mieux que ceux déjà en usage ? *That is the question.* La réponse, possible dès maintenant, est cependant qu'à notre avis il ne vaut pas moins que l'ergotine. Nous ne croyons pas discréditer cette dernière en nous exprimant ainsi.

VARIÉTÉS

Les spécialites à l'étranger

En Allemagne, d'après un projet émanant du ministère de l'Intérieur de l'empire d'Allemagne, la délivrance des remèdes secrets est soumise à toutes les obligations auxquelles sont soumis les médicaments toxiques ou actifs.

Les pharmaciens qui se livrent à la vente de ces remèdes seront obligés d'indiquer d'une façon visible le nom, le prix, la composition et le préparateur du remède. Les recommandations, attestations, etc., sur le flacon et sur l'enveloppe seront prohibées. Quant aux remèdes secrets, qui ne peuvent être délivrés que sur ordonnance du médecin, ils seront pourvus d'une marque spéciale. L'administration se réserve de supprimer la vente de certains remèdes secrets et de fixer un prix maximum de vente.

Les mêmes dispositions existent en Russie où aucune spécialité ne peut être annoncée, sinon dans les journaux médicaux.

(1) Neussauer. De la stypticine dans les métrorrhagies, *Gaz. méd. Liège*, 1898, p. 206.

Présence du bacille de la diphtérie dans l'eau bénite

Les contacts multiples que subit l'eau des bénitiers avec des doigts souvent peu aseptiques autorisent à supposer que dans certaines conditions ce liquide est susceptible de jouer un rôle important dans la diffusion des maladies infectieuses. Et de fait, en analysant bactériologiquement de l'eau puisée dans le bénitier d'une des églises les plus fréquentées de Sassari, M. le professeur Vinzenzi a constaté la présence d'une foule de bactéries : staphylocoques et streptocoques, colibacilles, microbes tétragènes, bacille de Lœffler, etc.

LIVRES

Les Sérothérapies, leçons de thérapeutique et matière médicale, professées à la Faculté de médecine de Paris, par le professeur L. Landouzy, Paris, Carré et Naud, 1898.

Peu de médecins ignorent la conception spéciale de la thérapeutique, qui oriente l'enseignement du professeur Landouzy : « la thérapeutique doit toujours être clinique, pathogénique, physiologique, opportuniste : clinique en ses informations, pathogénique en ses indications, physiologique en ses moyens, opportuniste en ses décisions. » Apprendre aux jeunes médecins à réfléchir en thérapeutique, plutôt que leur enseigner les remèdes, comme le font communément les livres de thérapeutique et de matière médicale qu'ils ont entre les mains, telles sont les visées de son enseignement, rendu épineux par la nouveauté même des doctrines et des médicaments, qui s'affirment chaque jour à la fin de ce siècle qui a vu de si grandes choses.

Le volume des *Sérothérapies*, que sous la respectueuse pression des admirateurs de son talent et de ses élèves, le professeur Landouzy consent enfin à publier, sous une forme et un aspect qui préviennent, dès l'abord, en faveur du contenu, possède cette première qualité, très appréciable, d'émanation de l'originalité autant que des qualités de raisonnement pratique de son auteur, que traitant d'une médication, il en étudie la nature, il en discute et pose les indications en s'appuyant sur une série d'exemples empruntés à la clinique, comme à autant d'exemples de grammaire, desquels doivent découler les préceptes et les règles thérapeutiques. Nos étudiants ont entre les mains trop de ces bouquins qui leur donnent contre la maladie des armes toutes chargées, au lieu de leur apprendre la stratégie, qui donne la victoire au soldat comme au médecin ; leur esprit est trop disposé à la thérapeutique d'équations, à la thérapeutique réflexe, pour que nous ne saluions pas un livre de thérapeutique, qui, prêchant d'exemple, enseigne à être opportuniste, c'est-à-dire à faire œuvre active et intelligente, au lieu de, comme les esprits paresseux ou irréfléchis, opposer à tel symptôme, tel remède toujours le même. Voilà le premier bien qu'en toute franchise, la critique impartiale exige de dire de cet intéressant volume.

Et ce n'est pas le seul bien qu'on en doive penser ! Le sujet, tout d'actualité, qu'il traite, est aussi fait pour attirer à ce livre de nombreux lecteurs. C'est, en effet, d'une curiosité bien naturelle à nos confrères, surtout à ceux sortis de l'Ecole depuis plus de cinq ans, que de vouloir éclairer leur religion sur les méthodes thérapeutiques et les médications nouvelles ; mais ils demandent en particulier qu'on ne leur laisse pas croire que tout médicament nouveau est une conquête pour la thérapeutique. Ces postulats, M. Landouzy les connaissait, et il hésitait à publier ses leçons relatives aux sérothérapies par ce que le livre laisse toujours supposer au lecteur qu'il y trouvera un enseignement complet et didactique. Eh bien ! ceux de nos confrères qui feront la lecture de ce volume y trouveront en effet tout cela — la modestie du savant professeur lui faisait seule mal juger son œuvre — ils y trouveront une somme énorme de documents, d'expériences, de travaux français et étrangers, rassemblés, étiquetés, critiqués, et aussi mis en œuvre pour une opinion fortement raisonnée.

L'enseignement y est bien, complet au jour où ces leçons furent professées, écrites ; un enseignement immuable, définitif, le médecin a l'esprit trop philosophique pour savoir que la vérité d'aujourd'hui n'est toujours pas celle d'hier et ne sera peut-être pas celle de demain, il ne cherchera là que la mise au point de la question. Sur certains points même, il trouvera plus que cela : des premiers, le professeur Landouzy a prévu que les sérothérapies et l'opothérapie allaient révolutionner la pratique médicale. « En quelques années, grâce à la médecine pathogénique et à la médecine expérimentale, nous ferons comme thérapeutes, disait-il, autant de progrès qu'en ont faits pendant de longs siècles les thérapeutiques galéniques et chimiques. » Il saluait, dès 1893, l'aurore de la nouvelle ère thérapeutique. Il n'exagérait rien ; que dis-je ? il prophétisait ce qui arrive. Quand on a le don de pressentir ainsi l'importance de l'évolution qui se fait si rapidement dans les méthodes de thérapeutique, on fait plus qu'instruire, on fait penser.

C'est pourquoi les qualités de ce livre le recommandent à la lecture de tous, praticiens et professeurs. Tout le monde y trouve à s'instruire. De combien peut-on dire comme des *Sérothérapies*, qu'il vous a fait penser ?

Dr F. Combemale.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par décision ministérielle est approuvée la décision du **Conseil de l'Université de Lille**, relative à la création, à la Faculté des Lettres, d'un enseignement de philosophie et d'allemand pour les étudiants en médecine, candidats à l'Ecole du service de santé militaire.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. J. Lavialle, de Champagnac-les-Mines (Cantal), a soutenu, le mardi 3 mai, sa thèse de doctorat (5me série, n° 76) intitulée : **La stypticine (chlorhydrate de cotarnine) dans les hémorrhagies.**

NOMINATIONS

Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 4 mai, M. le docteur Napias, inspecteur des services administratifs, est nommé directeur de l'Assistance publique du département de la Seine, en remplacement de M. Peyron, admis à la retraite. Très répandu et hautement estimé dans le monde de la bienfaisance. M. Napias, membre de l'Académie de médecine, n'est pas un inconnu dans la région, où, à l'occasion de l'épidémie de typhus exanthé-

matique, en 1893, il fut envoyé en mission et recueillit les éléments d'un rapport très étudié et très remarqué. L'*Echo médical du Nord* lui adresse ses chaleureuses félicitations.

CONCOURS D'AGRÉGATION *(chirurgie et accouchements)*

L'épreuve orale d'une heure après 48 heures de préparation a commencé. Les sujets suivants sont sortis de l'urne : MM. LEPAGE. De la valeur de l'examen du placenta ;

WALLICH. De la dégénérescence kystique des villosités choriales ;

POTOCKI. De l'hystéropexie dans ses rapports avec la puerpéralité;

DEMELIN. Des contre-indications de l'allaitement maternel ;

AUDIBERT. De l'enfant né avant terme ;

FIEUX. Tuberculose et puerpéralité :

VITRAC. Les néphrites dites chirurgicales ;

LEGUEU. Indications et contre-indications de l'anesthésie locale et de l'anesthésie générale ;

GAUDIER. Des infections secondaires en chirurgie ;

LEFORT. Hémophilie ;

VANVERTS. Indications de l'hystérectomie abdominale totale ;

VILLARD. Charbon chez l'homme ;

MAUCLAIRE. Abcès froid tuberculeux ;

BAUBY. Tumeur d'origine dentaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

MM. GRASSET, professeur de clinique médicale à Montpellier, et PITRE, professeur de clinique médicale à Bordeaux, membres correspondants de l'Académie de médecine, ont été nommés membres associés nationaux dans la séance du 3 mai 1898.

Une ordonnance du Ministère de l'Intérieur déclare infestés par la **peste bubonique** le Hedjaz (Arabie), Canton, Hong-Kong et Macao, et prescrit des mesures sanitaires.

La **Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français** a tenu, les 16 et 17 avril derniers, sa session annuelle sous la présidence de M. le Dr LANDE, président.

Du rapport du trésorier, M. le Dr VERDALLE, il résulte que l'avoir total au 17 avril était de 730.290 fr. 04. Le portefeuille, placé en valeurs françaises garanties par l'Etat, a une valeur de 706.899 fr. 10. Toutes ces valeurs sont nominatives, inscrites au nom de la Caisse de Retraite. La Caisse sert en 1898 vingt-trois retraites pour la somme de 16.243 fr. 90, entre autres 8 retraites de 1.200 fr. et 7 de 600 fr. Le capital inaliénable était au 31 décembre 1897 de 525.246 fr. 87. La Caisse de réserve de 157.867 fr. 63 ; et la Caisse auxiliaire ou de secours, de 4.989 fr. 14.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. Humbert MOLLIÈRE, médecin des Hôpitaux de Lyon ; CHOLLOT, de Pontoy (Lorraine annexée) ; LABREVOIT, de Gerbevillier (Meurthe-et-Moselle) ; DE SCHACKEN, de Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle) ; BILLOT, de Tulle (Corrèze), frère du ministre de la guerre ; DE FINANCE, Paris.

MM. DRAGENDORF, ancien professeur de pharmacologie et chimie toxicologique à Dorpat ; ZANCAROL, de l'hôpital grec d'Alexandrie.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

17e SEMAINE DU 24 AU 30 AVRIL 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	1
3 mois à un an	12	8
1 an à 2 ans	8	5
2 à 5 ans	3	»
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	4	10
40 à 60 ans	14	7
60 à 80 ans	8	9
80 ans et au-dessus	2	4
Total	61	47

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	4	»	»	»	»	»	3	10	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	5	9	16
Moulins, 24,947 hab.	»	3	»	»	»	»	»	1	5	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	5	16	12
Wazemmes, 36,782 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	8	1	4	»	»	3	»	»	»	»	»	5	23	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	7	14
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	7	14	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	5	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	5	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	2	»	»	»	1	»	6	12	18
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4
Sud, 5,908 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	3
Total	»	9	»	»	»	»	»	4	17	3	15	»	»	15	1	»	»	2	»	42	108	121

N° 70. Deuxième Année, N° 20. Le Numéro : **10** centimes. 15 Mai 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Le dermatol dans les diarrhées non infectieuses, par MM. le docteur **V. Quiret** et **Decoopman**, externe des hôpitaux. — FAITS CLINIQUES : Sur un cas de goître exophtalmique et hystérie avec accès d'automatisme ambulatoire, par M. **Raviart**, interne des hôpitaux. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

AU LECTEUR

Le Comité de Rédaction vient de s'adjoindre de nouveaux membres, MM. les professeurs agrégés BÉDART, CARRIÈRE, DELÉARDE sont connus et appréciés de nos lecteurs et de nos élèves, qui ont avec nous applaudi au succès des deux derniers au Concours d'agrégation. et admirent les compétences si diverses du premier. Leur active collaboration nous est acquise, comme le devient à un degré de plus, si l'on peut dire, en entrant parmi nous, celle de notre secrétaire de rédaction, M. le docteur GAUDIER, dont les brillantes et fécondes communications dans la chirurgie spéciale nous sont un sujet d'orgueil.

Au moment où nos collègues affirment, pour la première fois, en laissant paraître sur la manchette du journal, qu'ils font partie de la famille, l'*Echo médical du Nord* a plaisir à les présenter à ses lecteurs. Nous sommes certains que ceux-ci corroboreront, dès aujourd'hui, ce choix de leur confiante sympathie.

Deux de nos jeunes confrères, pleins d'avenir, les docteurs POTEL et INGELRANS, acceptent la tâche de secrétaires de la rédaction. Nous les remercions vivement, et nos lecteurs à l'œuvre jugeront l'artisan.

Le Comité de Rédaction.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M. MENDELSOHN montre, par des expériences électro-physiologiques, que les excitations réflexes remontent toujours jusqu'à la moëlle cervicale ; de sorte que l'abolition des réflexes peut survenir dans les lésions de la moelle cervicale.

*** M. DOYEN montre une pince à pression qu'il a imaginée, et qui lui permet de réaliser en quelques minutes une hémostase absolue par accollement de la tunique des artères sous une pression de 400 à 1200 kilos.

*** M. MOTY attribue les accidents de la dent de sagesse à l'inflammation d'un germe aberrant inclus dans la mâchoire. Il a découvert, dans ces cas, des masses épithéliales incluses dans l'alvéole, masses qui ne seraient qu'un germe abortif inconstant provenant du germe de la dent de sagesse. C'est, en somme, un kyste dermoïde enflammé. Les accidents représentent un effort de la nature pour s'en débarrasser. M. RECLUS dit qu'il y a là un fait certain, mais une théorie moins certaine. L'inflammation n'est pas fréquente et si on laissait de côté l'ancienne théorie de la place insuffisante, certains faits ne pourraient s'expliquer.

*** M. OLLIER donne le résultat de ses recherches sur l'évolution des greffes à larges lambeaux appliquées sur les plaies bourgeonnantes, suivant la méthode qu'il a préconisée avant THIERSCH. En général, ces greffes se rétractent ; cependant, dans un cas, une greffe appliquée sur le genou s'est agrandie, peut-être sous l'influence des

mouvements exécutés par le malade ; la peau est restée souple et élastique.

*** M. LIÉTARD montre que la misère physiologique a pour résultat certain l'abaissement de la taille moyenne dans un groupe de population.

*** M. BLONDEL a appliqué l'orthoforme à l'anesthésie locale de l'utérus dans le traitement de l'endométrite et même pour la pratique du curetage. L'acide paramidométoxybenzoïque ou orthoforme est un dérivé de la cocaïne.

*** M. CAGNY dit que les vaches qui produisent beaucoup de lait sont nourries avec des graines, des aliments défectueux ou des fourrages obtenus par des méthodes de culture artificielle. Dans ces conditions, le lait contient des produits toxiques. Les vaches grasses et très bien nourries, qui produisent le plus de lait sont souvent celles qui produisent le plus mauvais. Le meilleur vient des vaches d'obésité moyenne, nourries dans les conditions naturelles avec du foin.

A la **Société de chirurgie**, M. LOYSON a observé un soldat de 22 ans qui, à la suite d'une chute sur la région lombaire droite, vit se développer une tumeur enclavée sous les fausses côtes et dans le flanc droit. Il s'agissait d'une rétention de liquide uro-hématique dans le rein. Par la néphrotomie, on en retira trois litres ; dans la suite, néphrectomie et guérison.

*** M. C. MONOD étudie le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale. Elle doit être réservée aux collections uni-latérales siégeant dans les annexes, dans le péritoine ou dans le ligament large.

*** M. QUÉNU rapporte l'histoire d'un camionneur qui, à la suite d'un écrasement du pied, fut atteint de tétanos. La guérison fut obtenue par l'amputation de la jambe et des injections de sérum antitétanique. M. CHAMPIONNIÈRE a vu un malade qui avait été saturé de chloral pendant 48 heures ; il paraissait devoir succomber : on lui fit des injections de sérum et il guérit. M. BERGER déclare avoir soigné douze cas de tétanos et en avoir guéri deux par l'amputation ; le sérum n'a jamais rien fait.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, MM. JEANSELME et BUFNOIR montrent un malade, d'âge moyen, atteint de lipomatose symétrique. La face est encadrée d'un énorme collier adipeux ; des amas volumineux surmontent la nuque, comblent les creux claviculaires et les triangles de Scarpa, etc. L'alcoolisme et l'albuminurie existent chez ce sujet. Ce cas ne permet pas d'établir ni d'infirmer l'hypothèse de l'origine lymphatique des lipomes symétriques.

*** M. JACQUET présente un malade atteint de rhumatisme blennorrhagique chronique et ancien, chez qui est survenu brusquement, il y a quinze jours, un zona ophtalmique léger, à droite. Le lendemain, violente douleur spontanée au niveau du trou stylo-mastoïdien. Pression très pénible sur le trajet des branches du facial ; les branches du trijumeau ne sont pas sensibles. Il s'agit d'une névralgie de la septième paire, sans paralysie, et sans névralgie des nerfs maxillaires, capables de communiquer au facial, par récurrence, une sensibilité aussi vive. Cet ensemble est survenu à la suite d'administration d'iodure de potassium, qui est la véritable cause, car, il y a quatre ans, ce malade, ayant pris de l'iodure (deux grammes) eut une paralysie faciale gauche.

*** Le même auteur étudie un jeune homme ayant un bégaiement complexe, avec spasme pharyngo-œsophagien : ce n'est pas un hystérique, mais un fils de grand alcoolique. Chez ce bègue, l'infirmité cesse après une marche un peu active ; c'est là le cas de DÉMOSTHÈNE qui, dit-on, s'exerçait à parler en marchant au bord de la mer ou en gravissant une montagne.

*** M. LEGENDRE rapporte l'histoire d'un cas de phlébite goutteuse de la région scrotale. C'est un homme de trente ans qui fut pris un soir d'une violente douleur au niveau des bourses du côté droit : elle siégeait dans une branche d'origine des veines obturatrices. Les parents de ce malade étaient goutteux ; lui-même a présenté de nombreux accidents du même ordre. Enfin, il est israëlite et venait de suivre avec passion toutes les audiences du procès Zola, demeurant ainsi de longues heures debout ; il se trouvait donc dans des conditions de fatigue et de dépression nerveuse propres à l'éclosion d'un accès de goutte. Au vingtième jour, celui-ci éclata et 48 heures après, la phlébite avait disparu.

A la **Société de Biologie**, MM. BEZANÇON et LABBÉ s'occupent des effets comparés de l'action sur les ganglions lymphatiques du bacille et de la toxine diphtériques. Dans l'infection, la réaction domine ; dans l'intoxication, c'est la nécrose.

*** MM. GILBERT et GALBRUN ont étudié expérimentalement le pouvoir antiseptique du benzonaphtol sur l'intestin. L'étude a été faite sur un adulte sain et a duré trente-sept jours, pendant lesquels la numération des microbes a été faite quotidiennement. Le nombre des microbes contenus dans un milligramme de matières

fécales est tombé, à la suite d'ingestion quotidienne de 4 gr. de benzonaphtol, de 47.212 à 28.280 et 13.485, ce qui représente une diminution moyenne de 55 %.

*** MM. LANGLOIS et CAMUS ont déjà démontré le rôle prépondérant du foie dans la destruction de l'extrait capsulaire surrénal. Cette substance se détruit dans l'organisme, mais il n'en faut chercher la cause ni dans le sang, ni dans la lymphe Un rôle partiel de destruction est dévolu aux épithéliums des vaisseaux.

A la **Société anatomique**. MM. RABÉ et MARTIN présentent les reins et le cœur d'un malade atteint de néphrite ancienne, chez lequel la mort fut provoquée par le développement d'une thrombose ventriculaire gauche diagnostiquée pendant la vie. Dans le ventricule, hypertrophié et dilaté, plonge un caillot fibrineux, verdâtre, qui s'engage dans l'aorte et l'oblitère jusqu'à sa portion abdominale ; des prolongements oblitèrent le tronc brachio-céphalique et ses branches ; les artères sylviennes contiennent de fins caillots fibrineux.

*** MM. DUFOUR et ROQUES DE FURSAC montrent que certains sujets, sans lésion rénale ni hépatique, éliminent normalement le bleu de méthylène sous la forme polycyclique. La masse des produits solubles de l'urine n'est pas, pour sa part, éliminée de façon cyclique. D'où cette conclusion. qu'il y a, comme le dit M. LÉPINE, un mode d'élimination spécial pour le bleu, constatation qui ne retire rien à la valeur de l'épreuve de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. GAUDIER présente une tumeur volumineuse du pharynx nasal. Cette tumeur implantée sur l'apophyse basilaire, au moyen d'un pédicule assez étroit, descendait en arrière du palais jusque sur la base de la langue, refoulant fortement la luette en avant. Elle était mobile en battant de cloche. Elle envoyait un prolongement dans chaque narine. Les dimensions étaient 8 cent. de longueur sur 4,5 de largeur maximum. De coloration blanchâtre, elle n'avait donné lieu qu'à des hémorrhagies insignifiantes. Elle fut enlevée par la voie buccale sans mutilations, au moyen de la curette de DOYEN.

*** MM. GAUDIER et OLIVIER présentent une fongosité volumineuse du volume d'une petite mandarine, développée au niveau de l'oreille, sur une plaie opératoire. Il s'agissait d'une enfant à antécédents tuberculeux, opérée pour mastoïdite banale survenue au cours d'une otite moyenne purulente aiguë. La mastoïde fut ouverte et traitée par le procédé de STACKE. Tout allait très bien, quand se fit brusquement dans la plaie une *explosion* de fongosités tuberculeuses contre lesquelles on est à peu près désarmé. Ni la curette, ni les caustiques n'empêchent la reproduction de ces masses qui prennent en quelques jours des développements considérables. L'allure de ces masses, leur aspect clinique, vient à l'appui du terme *sarcome tuberculeux* qu'on avait donné à ces fongosités exubérantes. Le bacille tuberculeux y a été constaté à l'état de pureté. C'est un bel exemple d'*infection secondaire*.

*** M. LAMBRET présente des pièces anatomiques provenant d'un homme mort de péritonite suraiguë par perforation intestinale au niveau d'un vieil ulcère du duodénum. L'aspect de ce malade, entré quelques jours après le début des accidents à l'hôpital, n'était pas caractéristique, la localisation de la douleur était celle de l'appendicite ; et le diagnostic avait été hésitant : laparotomie ; le péritoine est rempli de liquide purulent ; la perforation siège sur le duodénum à la partie antérieure. L'opération fut laborieuse, car il fallut explorer tout le paquet intestinal. Mort de schok au bout de huit heures.

*** M. CARLIER présente un calcul en forme de sablier dont il a récemment opéré un malade de son service de l'hôpital Saint-Sauveur. Cet homme, âgé de 32 ans, était venu le consulter à la fin d'avril pour des douleurs de la miction et surtout pour des douleurs violentes qu'il ressentait dans la position assise et dans le décubitus horizontal. Le toucher rectal et le cathétérisme permirent de constater dans l'urèthre prostatique un calcul assez gros qui s'opposait à l'introduction de tout instrument jusque dans la vessie. M. CARLIER eut recours chez ce malade à la taille prérectale de NÉLATON. Après incision de la portion membraneuse de l'urèthre, il put extraire de la prostate une première pierre ; une autre pierre, à cheval entre la vessie et l'urèthre, fut extraite sans incision préalable du col vésical avec le lithotome.

En réalité ces deux calculs n'en constituaient qu'un seul, et affectaient la forme d'un sablier dont la portion effilée était enserrée par le col de la vessie. Chacune des portions renflées du calcul mesure le volume d'une grosse amande. Les suites opératoires furent des plus simples, l'opération fut faite il y a quinze jours et le malade est actuellement guéri.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Dermatol
dans les diarrhées non infectieuses

par MM. le docteur **V. Quiret** et **Decoopman**, externe des hôpitaux
(Travail de la clinique de M. le professeur Combemale.)

Le dermatol ($C^7 H^5 O^5 BiO. H^2 O$), ou sous-gallate de bismuth préparé d'abord par Fischer, puis obtenu par Causse par un procédé différent, a été introduit dans la thérapeutique par Heinz (de Breslau), et étudié depuis lors par nombre d'auteurs. De l'avis général peut être considéré comme un antiseptique chirurgical suffisant pour remplacer en toutes circonstances l'iodoforme, bien que le professeur Schmitt (1) (de Nancy) prétende qu'il ne peut rendre les mêmes services que ce dernier.

C'est une poudre jaune soufre, inodore, insoluble dans l'eau, l'alcool, l'éther, les acides dilués ; elle n'est ni hygroscopique, ni altérable par l'air, la lumière, ou une température de 100° ; elle est donc stérilisable. Enfin, ce corps n'est ni toxique, ni irritant ; il ne se décompose pas dans le tube digestif, car Colasanti et Dutto (2) n'ont trouvé dans les urines ni bismuth, ni acide gallique, ni dérivé de ce dernier.

En applicata restreints, Rosenthal (3) s'en est servi dans le traitement des chancres mous et des chancres indurés, dans le pansement des furoncles, des gommes en voie de suppuration ; en émulsion on a pu en obtenir de bons résultats dans la blennorrhagie. Wagner et Teissier se sont loués de son emploi dans le rhumatisme chronique, en pommade à 4 %.

Tout récemment encore, B. Perlmutter rapportait que contre l'ulcère rond de l'estomac, il l'avait préféré au sous-nitrate de bismuth, et avec raison.

Mais la composition de ce corps chimique, qui n'est en somme que la combinaison de deux médicaments reconnus l'un et l'autre comme d'excellents astringents, l'acide gallique et le bismuth, devait attirer l'attention des cliniciens sur lui. Déjà Colasanti et Dutto l'avaient donné avec plein succès aux tuberculeux en proie à la diarrhée, et les doses qu'ils avaient prescrites pour ce résultat étaient de 2 à 3 grammes, rarement 6 par jour ; en ajoutant une préparation opiacée, ils n'avaient pas connu d'insuccès.

La littérature sur le dermatol n'en était pas à ce point, lorsque pour la première fois, M. le professeur Combemale eut recours à ce médicament pour lutter contre une diarrhée exceptionnellement rebelle puisqu'elle datait de quatre ans environ. Il s'agissait d'une jeune femme, affaiblie par deux grossesses et deux allaitements successifs en trois ans, qu'un confrère avait inconsciemment jetée dans le morphinisme en lui ordonnant des préparations opiacées (laudanum, puis élixir parégorique, diascordium) contre l'insomnie et d'autres troubles neurasthéniques. Une diarrhée particulière s'était peu à peu installée avec les troubles généraux du morphinisme : amaigrissement, langueur, apathie, teint bistré, dysménorrhée, anorexie, petitesse du pouls, etc. La sensation de besoin caractéristique de l'intoxication se traduisait par cette diarrhée survenant quotidiennement, quasi à heures fixes, mais se produisant surtout quand les soins du ménage ou les nécessités mondaines demandaient une sortie ; si l'élixir parégorique était administré préventivement mais sans hâte, la diarrhée précédant le départ restait modérée et respectait les heures consacrées à la sortie ; si au cours d'un voyage ou pour tout autre cause la dose n'était pas ingérée, c'était un désastre, que la malade fuyait l'occasion de voir se produire. Séreuse, médiocrement abondante, mais très pressante, cette diarrhée lassait, affaiblissait la patiente au delà de toute expression. La tannalbine, le sous-nitrate de bismuth, après une action passagère, n'amenèrent pas de résultat durable plus de trois jours, et de temps à autre la malade revenait à son élixir parégorique qui seul la soulageait. M. Combemale proposa un jour le dermatol à raison de 2 grammes en deux cachets dans la journée; de plus de quinze jours il ne revit plus sa cliente ; au bout de ce temps elle vint demander s'il fallait continuer cette médication ; son avis était qu'il n'en était plus besoin, car la diarrhée avait cessé ; et de fait la nutrition se remontait un peu. On suspendit avec prudence le dermatol pendant trois jours, pour reprendre ensuite pendant deux jours, et en alternant ainsi on garda la malade deux mois pendant lesquels la diarrhée séreuse si caractéristique ne se reproduisit plus. Depuis lors, c'est-à-dire depuis un an, quelques petits retours offensifs ont été traités et guéris de la même façon. Le morphinisme, cela va

(1) Schmitt. *Revue médicale de l'Est*, 1892, p. 35.

(2) Colasanti et Dutto. Recherches sur l'action thérapeutique du dermatol, *Bulletin médical*, 1892, p. 53.

(3) Rosenthal. Le dermatol, topique antiseptique, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1892, p. 774.

de soi, a disparu graduellement par la suppression brusque des médicaments qui l'engendraient, ce dont ma malade n'a du reste jamais eu connaissance.

Cette guérison d'une diarrhée, médicamenteuse nous le voulons bien, et qui, par la suppression du poison, se serait tarie seule avec le temps, mais si tenace qu'elle défiait et avait défié les médications ordinaires, la guérison de cette diarrhée confirmait M. le professeur Combemale dans l'opinion que le dermatol pouvait rendre des services inappréciables dans les flux intestinaux. L'occasion se présenta dans le service de l'hôpital de la Charité d'ordonner ce médicament dans diverses diarrhées, presque toutes non infectieuses. On crut peu important de prendre des notes cliniques sur ce sujet dès l'abord, mais graduellement l'opinion se fit que le médicament avait de la valeur; les premiers essais fructueux furent suivis d'autres résultats non moins favorables. L'étude du dermatol dans les diarrhées fut alors organisé. Le soin de ces recherches nous fut confié; les résultats en ont été consignés en partie dans la thèse de l'un de nous (1); nous les complétons ci-après.

Nous avons hâte de dire que nous avons la plus grande confiance dans ce médicament, d'action bien plus rapide et bien plus durable aussi que les astringents habituels.

Les nombreux tuberculeux qui, à Lille comme ailleurs, encombrent les salles d'hôpital, fournirent d'abord matière à expérimentation. Chez eux la diarrhée n'est pas rare; c'est surtout à la dernière période ou à la période ultime, quand avec les sueurs affaiblissantes alternent les évacuations colliquatives, que nous avons pu surtout ordonner le dermatol. MM. Colasanti et Dutto (2) nous avaient précédé dans cette étude; il suffisait de recommencer leurs observations.

Or, le contrôle des recherches de MM. Colasanti et Dutto nous a amené à une opinion un peu différente de la leur, sur la valeur de l'action du dermatol dans la diarrhée des tuberculeux. Certes, l'efficacité est presque toujours certaine, en ce sens que si les doses atteignent 4 et 6 gr. par jour, le flux diarrhéique sera sinon tari, au moins fortement diminué. Mais on ne peut dire qu'on fait cesser toujours la diarrhée des tuberculeux. Il faut distinguer.

(1) V. Quiret. *Le dermatol dans les diarrhées*, thèse Lille, n° 64, 1897.
(2) Colasanti et Dutto, loco citato.

Un tuberculeux à la période d'excavation est pris d'une diarrhée imputable aux toxines circulantes de son économie ou à des ulcérations commençantes dans son intestin; au troisième, au quatrième jour de cette diarrhée, vous intervenez sur sa demande avec 2-4 grammes de dermatol, vous prescrivez le médicament pendant quelques jours; la diarrhée cesse et ne reparaît plus ou ne reparaît pas d'une semaine. Ce sont les cas les plus favorables, les plus nombreux.

Mais le même tuberculeux, dont on a bridé le flux intestinal, sous l'influence de la même cause momentanément reproduite, voit reparaître sa diarrhée séreuse, épuisante, nocturne. Vous recourez au même dermatol, aux mêmes doses; le même effet, moins net cependant, se produit. Mais si vous cessez l'emploi du médicament avant une semaine, l'hypersécrétion intestinale reparaîtra les jours suivants. Cette situation se présente assez fréquemment, d'obtenir dans l'abondance et la fréquence de la diarrhée des tuberculeux traitée par le dermatol, une atténuation bientôt suivie de recrudescence dès qu'on cesse l'emploi de ce médicament.

Enfin le cas peut se présenter où le dermatol est sans effet même d'emblée; le fait est rare, mais nous l'avons observé, où le nitrate d'argent a modéré, puis enrayé une diarrhée tuberculeuse que le dermatol, assidûment administré, n'avait nullement modifiée.

Toutes les diarrhées chez les tuberculeux ne sont donc pas justiciables du dermatol comme paraissent l'admettre d'enthousiasme les auteurs italiens Colasanti et Dutto. Une distinction paraît s'imposer, que nous formulerons volontiers ainsi. Récente, la diarrhée d'un tuberculeux avancé est toujours heureusement et rapidement modifiée par le dermatol; déjà traitée par les médicaments ordinaires ou même par le dermatol, cette diarrhée cèdera plus lentement et pour un temps moins long. Deux autopsies de tuberculeux décédés, l'un subitement, l'autre d'inanition, pendant que leur diarrhée colliquative était traitée sans succès par le dermatol, nous ont donné l'explication de l'insuccès du dermatol dans les diarrhées concomitantes d'ulcérations intestinales; les ulcérations, larges ou nombreuses, amènent à notre avis un tel afflux séreux à leur voisinage, qu'aucun astringent ne saurait prétendre à le contrarier; la cicatrisation de l'ulcère est seule capable d'éteindre l'extravasation

continue qui se fait à ce niveau, et cette cicatrisation n'est guère du domaine du dermatol.

Sous le bénéfice de ces restrictions, le dermatol est donc utile dans le traitement des diarrhées tuberculeuses, nous le reconnaissons bien volontiers. La dose administrée a varié de 2 à 6 grammes, que le patient prenait en poudre dans une cuillerée de lait, en cachets, en suspension dans une potion gommeuse; le cachet, en raison de l'astringence faible provoquée sur la muqueuse buccale par le médicament pris en poudre, paraît le véhicule le plus recommandable. Les doses étaient prises par 2 grammes en une, deux ou trois fois dans la journée, suivant la prescription.

Dans les mêmes conditions d'administration, nous avons traité nombre d'autres diarrhées qu'il serait difficile de ranger dans un cadre bien rigide. Les conditions d'apparition et les raisons de persistance de certaines diarrhées sont d'ordres si divers qu'une classification est encore à intervenir, toutes les divisions proposées par Monneret, Sée, Trousseau et d'autres péchant par plusieurs points. Aussi au lieu de chercher à grouper ces diarrhées artificiellement, nous les qualifierons isolément, et montrerons l'action du dermatol sur chacune d'elles.

Voici une diarrhée chronique; il s'agit d'une ménagère exténuée par une diarrhée séreuse, très odorante, dont il est impossible de reconstituer la pathogénie, qui dure depuis trois mois, parfois à raison de vingt selles par vingt-quatre heures. Ce nombre n'est pas modifié par 2 gr. de dermatol par jour. A 4 grammes, en trois jours, les selles tombent à huit, puis à raison de 6 gr. elles redeviennent en deux jours normales. Nous ne pûmes malheureusement obtenir de la malade de rester dans les salles pour continuer ce traitement et confirmer la guérison ; aussi une semaine après, elle nous revenait dans le même état qu'auparavant, et de nouveau les 6 grammes de dermatol furent efficaces, sans la guérir de son prurit à quitter l'hôpital dès l'amélioration.

Voici d'autre part trois dyspeptiques, dilatés de l'estomac, chez lesquels une diarrhée symptomatique est survenue depuis quatre jours ou plusieurs semaines, ils rendent de quatre à huit selles dans la journée, liquides et très fétides ; leur hypochondrie croît, ils maigrissent très rapidement. On leur donne à chacun, pendant cinq jours, au plus 2 grammes de dermatol ; dès le second jour, leurs selles se moulent, le troisième elles sont solides ; quelquefois à ce moment ils négligent de prendre leurs cachets de dermatol. La diarrhée n'a jamais reparu depuis, tant que le régime imposé n'a pas été transgressé.

Dans le même ordre d'idées, un paysan de 65 ans, de bonne santé ordinaire, se gorge d'aliments un jour de marché ; une bonne indigestion s'en suit qui laisse après elle une diarrhée se chiffrant par quatorze selles dans les vingt-heures heures, et durant deux jours. Un pharmacien, consulté, donne la potion classique sans résultats. 5 grammes de dermatol en cinq cachets, pris d'heure en d'heure coupent la diarrhée si subitement que trois fois seulement dans les huit heures qui suivent la prise du premier cachet le malade se présente à la garde-robe, que le lendemain seulement, sans autre intervention, survint, solide celle-là, une autre selle.

Un fripier de 68 ans, sans cause appréciable, mais peut-être pour les mêmes raisons que le paysan, présenta, du 8 au 14 juin, quotidiennement six selles diarrhéiques. Le dermatol fut donné à raison de 2 gr. par jour pendant cinq jours. Une progression décroissante dans le nombre des selles s'établit, mais les déjections restaient claires sans modification apparente ; le sixième jour seulement, les fèces reprirent leur caractère normal.

Ces exemples de diarrhées dépendant d'altérations du tube digestif montrent bien que le dermatol, tant qu'il s'agit d'hypersécrétion intestinale, atteint facilement le but que l'on vise, de refréner le flux surabondant.

Mais voici des exemples d'intoxication. Le surmenage par les toxines élaborées par une usure trop rapide, provoque des diarrhées séreuses, abondantes, point de départ parfois de diarrhées infectieuses plus graves. Deux diarrhées de surmenage, traitées dès le début par le dermatol, n'ont pas résisté longtemps.

Une femme de 58 ans profite de la Mi-Carême pour se fatiguer énormément à vendre fleurs et bouquets : elle a sept selles dans les vingt-quatre heures ; le second jour de la prise de 2 gr. de dermatol, ce chiffre tombe à deux ; le quatrième jour, il n'y en avait plus qu'une bien moulée.

De même, un vieillard de 85 ans se permet en octobre une journée de travail aux champs au-dessus de ses forces ; le lendemain, il compte une vingtaine de selles avec coliques, il est pris de nausées ; 4 grammes de dermatol abaissent le nombre des selles à quatre le

le lendemain ; le troisième jour, il n'était plus question de diarrhée.

Certaines médications aussi engendrent la diarrhée ; il va de soi qu'il ne s'agit pas de purgatifs. Mais le traitement antisyphilitique, mais la créosote, par exemple, sont susceptibles dès les premières doses de réveiller l'hypercrinie intestinale, ce qui contrarie le traitement si souvent nécessaire et débilite le malade. Plusieurs cas se sont présentés à notre observation, et tous ont été rapidement guéris par le dermatol ; bien plus, les diarrhéiques ont pu reprendre leur médication antérieure après que leur diarrhée avait été tarie. Nous croyons pouvoir nous dispenser de rapporter, même succinctement, les observations relatives à ces cas.

On voit enfin survenir, à titre d'épiphénomènes, dans certaines maladies chroniques générales ou du système nerveux, des diarrhées quelquefois très tenaces. Dans deux cas semblables, nous avons eu aussi à nous louer du dermatol. Tel est le cas d'une diabétique maigre avec petits signes du mal de Bright, qui fit, à peine entrée dans le service, une diarrhée caractérisée par neuf selles séreuses dans la journée. Deux grammes de dermatol l'arrêtèrent d'un seul coup. Deux jours après le dermatol est suspendu, la diarrhée reparaît abondante et fréquente, pour être tarie par la même prise de 2 grammes de dermatol. Cette action efficace et rapide a été utilisée plusieurs fois, du reste, chez la même malade.

De même pour un tabétique, mais chez lui pas toujours avec succès. Cet ataxique, surtout incoordonné et à crises viscérales, avait en moyenne six selles par jour depuis quatre mois. A 2 grammes, le dermatol resta sans effet, mais à 4, puis 6 grammes, la diarrhée cessa pour plusieurs semaines.

Nous pourrions facilement allonger par d'autres observations, toutes probantes, la liste des cas où nous avons vu le dermatol réussir contre les diarrhées. A ceux que nous avons signalés nous pourrions notamment joindre quelques cas de diarrhée infantile dont les bons résultats ont été constatés par l'un de nous dans sa pratique journalière, et aussi deux cas de flux intestinal intense au début de la rougeole, heureusement modifié par ce médicament. Mais nous préférons borner aux cas où la diarrhée n'est pas nettement infectieuse.

Quand il en est ainsi, quand les phénomènes d'hypersécrétion dominent sur les phénomènes toxi-infectieux, le dermatol parvient à tous coups à modérer, à faire cesser la diarrhée, suivant que la dose proportionnée à l'abondance de l'hypersécrétion a approché ou atteint le but. C'est là ce que l'on peut affirmer comme conclusion pratique de cette petite étude sur la valeur clinique du dermatol dans les diarrhées non infectieuses.

Deux points sont encore intéressants à envisager, comme chaque fois qu'il s'agit d'un médicament. Le dermatol présente-t-il quelque inconvénient dans son emploi ? Faut-il craindre une intoxication par suite de son ingestion prolongée. Nous avons hâte de dire que nous n'avons jamais rien observé qui justifiât ces craintes, et cependant nous avons déjà administré de ce médicament plus d'un kilog. et l'un des malades observés en a pris plus de 50 grammes en quinze jours consécutifs. Pratiquement, on ne peut donc reprocher au dermatol d'effets fâcheux concomitants à son action astringente ; mais théoriquement, il est à prévoir qu'il peut causer des accidents, car il ne faut pas oublier que le bismuth et l'acide gallique, éléments constitutifs de la combinaison saline employée, ont à leur actif des accidents toxiques, dont les conditions d'apparition sont encore mal connues, mais qui sont très certains. Une certaine réserve est donc de mise dans l'emploi du dermatol, et nous ne nous hasarderons pas à dire dès maintenant que c'est un médicament inoffensif ; on peut avancer cependant qu'il est peu toxique, ainsi que Colasanti et Dutto l'ont annoncé dans leurs recherches bitoxiques.

Quelle explication donner de l'action du dermatol ? C'est là une question, certes pleine d'intérêt, mais à laquelle il serait difficile de répondre. Pour s'en servir contre les diarrhées, M. le professeur Combemale est parti de l'idée, que nous partageons entièrement, que deux astringents, acide gallique et bismuth réunis, devaient voir s'accumuler leurs effets. Ce raisonnement un peu simpliste n'a pas été en défaut, comme le montre le travail tout entier. L'observation clinique a corroboré en effet cette opinion a priori, que le dermatol agirait comme un astringent ; les effets obtenus sur la diarrhée sont bien de ceux que cliniquement on attribue à l'astringence.

Mais si l'on veut réfléchir un peu à la valeur de cette dénomination d'astringent, on s'apercevra bientôt du vide de ce mot. L'astringence est une sensation, c'est le resserrement à caractère particulier que produit par exemple l'application d'un

acide étendu sur la muqueuse buccale; que cause ce resserrement? Amène-t-il par réflexe la vaso-constriction des vaisseaux sous-jacents, ferait-il cesser, par exemple, l'excrétion des liquides interstitiels? Hypothèses que tout cela. Et ces hypothèses sont sans le moindre soutien expérimental. Or, ce sont elles qui sont applicables à cet astringent particulier qu'est le dermatol. A ne pas se payer de mots, il faut donc dire que rien ne nous est connu de ce qui doit expliquer que le dermatol modère et tarit les diarrhées.

N'oublions pas cependant que, bien que contestée par SCHMITT au point de vue de sa seule importance, l'action antiseptique du dermatol est réelle. Serait-elle suffisante pour détruire la virulence des germes de l'intestin augmentée rapidement dès qu'une association microbienne favorisante survient ou dès que la réaction cellulaire intestinale faiblit? Ou mieux, le dermatol aurait-il une action antitoxique vis-à-vis des poisons sécrétés par les microbes dont l'intestin est l'habitat ou par nos cellules vivantes elles-mêmes momentanément déviées? Ou enfin, antiseptique et antitoxique, le dermatol agirait-il à ce double titre?

Combien d'hypothèses plausibles pour expliquer les diarrhées cliniquement les plus simples, combien d'hypothèses aussi pour comprendre l'action des médicaments que la tradition et l'induction ont montrés agir sur elles! Ce serait le cas de dire que ce que l'on sait le mieux c'est que l'on ne sait rien.

Les faits sont là cependant : le dermatol triomphe facilement et souvent de la diarrhée, cliniquement qualifiée séreuse. Explique qui saura; mais chacun peut le constater.

FAITS CLINIQUES

Sur un cas de Goître exophtalmique et Hystérie avec accès d'Automatisme ambulatoire

par **M. Raviart**, Interne des Hôpitaux

L'étiologie, commune au goître exophtalmique et à l'hystérie, fait que ces deux névroses peuvent simultanément ou successivement évoluer sur un terrain aussi bien préparé pour chacune d'elles. Tantôt une des névroses, le goître, par exemple, prédomine et il est quelquefois délicat de dégager du tableau clinique quelques signes frustes d'hystérie; ou bien l'hystérie attire l'attention et c'est la maladie de GRAVES qu'il faut rechercher. Dans d'autres cas, enfin, les deux névroses sont très accentuées et leur diagnostic est des plus aisés. C'est à un cas de ce genre qu'a trait l'observation suivante, où l'automatisme ambulatoire hystérique associé à la maladie de GRAVES offre un tableau clinique des plus curieux :

Buc... P., âgé de 30 ans, chemisier, s'est évadé de Ville-Evrard et sans savoir comment il est arrivé à Lille, où on l'interne au pavillon spécial de l'hôpital Saint-Sauveur, le 15 août 1896. C'est avec une grande lucidité qu'il nous y donne les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans d'une fluxion de poitrine. Mère vit encore, 56 ans, bien portante, a eu une péritonite et de la sciatique.

Quatre frères et une sœur. Deux frères et la sœur morts de convulsions à 5, 3 et 2 ans. Les deux frères survivants sont bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade n'a pas eu de convulsions. A 2 ans, il a la main écrasée par une voiture. Consécutivement, il urine au lit pendant un an. A 8 ans, il faillit se noyer dans la Seine alors qu'il s'y baignait; grande émotion naturellement. A 10 ans, il a le bras brûlé; nouvelle émotion. A 13 ans, il tombe du premier étage d'une maison; chute heureuse, la face, côté gauche, porte sur le sol; il en est quitte pour un étourdissement et du torticolis. A 23 ans, étant militaire, il va au Sénégal où il a la fièvre jaune puis une insolation. Entré à l'hôpital, son agitation est telle qu'on doit l'attacher sur un lit. Il sort de l'hôpital quarante-cinq jours après. Bien pendant un an. A 24 ans, Buc... se marie avec une névropathe; sa femme avait des crises, tombait et criait, elle était en outre très irritable, aussi les nuages furent-ils des plus nombreux dans le ménage et après quatre mois d'une vie insupportable la femme file avec son amant, laissant son mari sans ressources (25 avril 1891).

Le malade s'assombrit, demeurant plusieurs jours sans manger. Il a de fréquents maux de tête survenant le soir. Il transpire la nuit.

Le 1er mai, il se retrouve à Rouen, porteur de vêtements ne lui appartenant pas et sans argent alors qu'il avait touché 225 francs la veille. *Il ne peut se souvenir en rien de ce qui s'est passé.* Il y a ici dans sa mémoire une première lacune de vingt-quatre heures. Il écrit chez lui, reçoit de l'argent et retourne à Paris où il reprend son travail durant quinze jours. Quoiqu'étant demeuré un peu sombre, tout allait bien lorsque le quinzième jour, à deux heures après-midi, Buc... demande à son patron l'avance de l'argent gagné durant cette quinzaine *de façon à aller à Caen assister au prononcé de son divorce!*

Possédant cet argent, ayant *oublié* ce qu'il avait dit à son patron — il s'en souvint quinze jours après — il se dirige vers le département de l'Aisne; là, un parent l'interroge et il répond qu'il a acheté un vieux couvent à Saint-Quentin pour y monter une filature.

Tout à coup il redevient lucide, retourne à Paris, où se rendant compte de son état, ennuyé de ces fugues, il prie sa mère de le faire interner le 5 juin 1891.

Il entre à Ville-Evrard. De s'y voir au milieu de fous, notre malade a une attaque d'hystérie qui dure deux heures (Docteur MAGNAN). Les deux jours suivants, il présente une crise d'intensité égale à la première, puis les crises s'espacèrent peu à peu. Les symptômes hystériques s'amendaient progressivement lorsque au mois de février 1892, survint le fait suivant qui modifia profondément l'état pathologique de B ... Il se trouvait à table vers onze heures, lorsque un gardien venant à passer laissa tomber quelque argent ; un voisin de B... l'aurait ramassé et notre malade fut accusé du vol, d'où violente émotion.

Le lendemain apparaissaient des *étouffements*, du *tremblement* et des *palpitations* (125 à 130 pulsations par minute). Le médecin constatant de *l'exophtalmie* survenue peu après, pose le diagnostic de *maladie de Basedow*.

Dès ce moment, le malade, toujours énervé, ne *pouvant pas rester en place*, devint la proie de *cauchemars* dont le sujet ordinaire était la vision de sa femme et de son amant, souvenir plutôt désagréable de ses mésaventures conjugales, d'*insomnies* avec agitation, *sueurs profuses*. Alternatives de *diarrhée* et de *constipation*, lesquelles durèrent jusque maintenant.

Pendant ce temps le *goître* apparaissait et en mars il avait acquis sa grosseur maximum.

Les autres symptômes qui sont venus peu à peu se grouper autour des premiers, constituent alors un ensemble presque complet. Aux *tremblements* surtout localisés aux membres supérieurs — le malade ne pouvait boire sans verser les liquides et, d'autre part, sa marche était un peu saccadée — étaient venus se joindre des accès *d'angine de poitrine* : le matin après une toux légère, les douleurs apparaissaient s'irradiant régulièrement dans le bras gauche qui demeurait engourdi tandis que seul le petit doigt était le siège de crampes. Le bras droit participait quelquefois à l'accès et plus rarement le bas-ventre.

A la région précordiale, il y avait tantôt sensation de piqûre, tantôt sensation d'étau. L'intensité des troubles était variable, il y avait des *paroxysmes* qui se représentaient pendant six à sept jours consécutifs avec des intervalles de deux, trois, quatre, cinq jours au maximum. Ils ne venaient pas à heure fixe et ne se montraient pas plutôt la nuit que le jour.

Le malade couché se plaignait d'un « serrement de gorge » dû au développement du goître; l'*exophtalmie* augmentait, le cœur irrégulier battait plus fort et les battements temporaux et carotidiens qui normalement existaient une heure sur deux, étaient beaucoup plus violents.

Le malade cyanosé était à la fois gêné par la dyspnée et par l'accroissement des *bouffées de chaleur* qui étaient venues compléter le tableau. La face brûlante, le corps en sueur, il rejetait toute couverture et trouvait ainsi quelque soulagement à sa gêne. Puis, des modifications de la *voix* survinrent, celle-ci devint enrouée, tremblotante.

Il eut du *dérobement des jambes*, pendant la marche ; il présenta la nuit des troubles bizarres, les jambes fléchissaient brusquement, puis se raidissaient, éveillant le malade. Ce phénomène se présentait souvent à la suite de cauchemars. Aussi le malade était-il très fatigué à son réveil.

Le malade présenta ensuite des *troubles digestifs*, un appétit des plus variables passant brusquement de l'anorexie à la boulimie.

L'ingestion des aliments était suivie de crampes épigastriques auxquelles promptement le vomissement venait porter remède. De la *diarrhée* survenait par crises de un et deux jours de durée.

Aussi, sans pouvoir parler encore de cachexie exophtalmique, le malade *maigrissait* au point de tomber de 80 à 60 kilogrammes.

Les urines, tantôt rares au point de manquer pendant une journée, étaient parfois très abondantes. On n'y aurait jamais trouvé d'albumine ni de sucre.

Troubles oculaires, yeux vite fatigués, scotomes, larmoiement, battement très fréquent des paupières.

Du côté de la peau apparurent des lésions que CHARCOT rattacha au goître : taches *grisâtres pigmentaires, acné rosée*.

Le malade était hyperesthésique et dermographique, « Monsieur CHARCOT s'amusait à me dessiner des raies sur la peau, elles subsistaient trois et quatre heures. »

Phénomènes vaso-moteurs localisés au genou, à la jambe, à la cheville gauches : Des douleurs aiguës lancinantes durèrent environ quinze jours et furent suivies pendant quatre jours d'un œdème blanc, mat, très douloureux à la pression. Le tout disparut subitement en une seule nuit, et les mêmes phénomènes se représentèrent identiques dix mois après.

Notre malade, ordinairement *triste*, ne présentait pas de troubles mentaux particuliers, en dehors de ses fugues.

Le mardi 12 juillet 1892, le malade est envoyé à la clinique du professeur CHARCOT à la Salpêtrière ; il y entre. Le maître fait le diagnostic de goître exophtalmique et hystérie (CHARCOT essaya en vain de l'endormir ; très étonné il ne put attribuer ce fait qu'à la volonté de Buc... de ne pas dormir) et le fait traiter par l'électrisation (plaques dans le dos et tampons sur les yeux, les carotides, le cœur).

Après chaque séance le malade regagnait son lit en titubant et devenait la proie de paroxysmes : étouffements, douleurs précordiales et laryngées, sueurs, angoisses terribles, qui désespéraient le malade et lui firent tenter de mettre fin à ses jours.

Après un mois de ce traitement infructueux, CHARCOT le remplace par des applications de sachets de glace à la région précordiale et l'administration de bains tièdes de une heure et demie de durée.

Les résultats furent assez bons et Buc... retourne à Ville-Evrard le 14 septembre 1892, où le traitement est continué pendant deux mois (deux bains par jour). Puis le malade étant trop fatigué on cesse le traitement.

En 1893 et 1894 les symptômes précédemment décrits persistèrent quoique amendés, des cigarettes de datura stramonium et divers agents calmants rendaient à notre malade l'existence supportable.

Mais en janvier 1895 (on se souvient de cet hiver des plus rigoureux) Buc . se promenant dans la cour fut pris d'une forte bouffée de chaleur, sa face rougit, il entre en transpiration et n'en pouvant plus se dévêtit immédiatement. Consécutivement apparition d'une pleurésie qui le tient quarante-cinq jours à l'infirmerie. L'exophtalmie augmente à cette occasion.

En juin 1896 apparition d'une plaque de pelade qui ne s'est pas accrue depuis, mais ne disparut jamais malgré le traitement classique.

Les *étouffements*, devenus plus distants, n'apparaissaient plus qu'une fois la semaine et duraient de dix minutes à trois quarts d'heure, plus tolérables ils permettaient au malade de marcher alors qu'au début ils le forçaient à s'asseoir.

En août 1896, à la suite de *contrariétés* nouvelles : il avait demandé sa sortie et elle lui avait été refusée — le malade croit qu'il était gardé simplement comme sujet — notre malade devint morose, un accès d'angoisse réapparut, les tremblements acquirent une intensité qu'ils n'avaient jamais eue. Dès ce moment Buc... eut, il nous le déclare, *l'intention de s'en aller n'importe comment* : De fait, le mardi 11 août 1896, il prit la clef des champs. Comment? il n'en pourrait préciser les circonstances, tout au plus se souvient-il d'une porte ouverte devant lui.. ..

Le samedi 15 août, il se réveille rue Esquermoise; là se souvenant qu'un client de la maison où il travaillait, demeurait rue Esquermoise à Lille, Buc... se rendit compte qu'il était dans notre cité.

Se trouvant sans ressources, il s'adresse au commissaire central, demande son internement à Armentières, où il connaît M Kéraval. Mais on ne fait pas droit à sa demande et on l'interne au pavillon spécial de Saint-Sauveur, où nous l'interrogeons.

Il nous conte son histoire très clairement, en homme paraissant dans la plénitude de ses facultés intellectuelles. Son état physique, au contraire, paraît anormal. On est, suivant l'expression classique, frappé par l'étrangeté du regard et la saillie des yeux, par l'agitation spéciale du malade dont les bras et les mains tremblent légèrement. Il semble oppressé et de fait le nombre des *inspirations* est de vingt-sept par minute, bien qu'il n'y eut pas de sensation subjective correspondante.

L'exophtalmie est moyenne, les pupilles normales. Il n'y a pas de paralysie des globes oculaires et il n'y en eut jamais, cependant la mobilité de l'œil droit est un peu douloureuse. Le champ visuel est diminué à droite. Les paupières supérieures, légèrement abaissées, tremblottent.

Le *goître* est très apparent, il constitue un bourrelet très marqué à droite particulièrement, le lobe de ce côté s'étant hypertrophié le premier est actuellement plus gros que le gauche. Ce corps thyroïde, qui est le siège de battements et de mouvements d'expansion isochrones des contractions cardiaques, subit des alternatives d'augmentation et de diminution de volume. Pendant des accès d'étouffement, il y a augmentation du tour de cou de 1 centimètre (37-38).

Les *palpitations* ont actuellement disparu. La *tachycardie* diminue légèrement, il y a maintenant 110 pulsations d'une régularité parfaite, alors que précédemment il y en avait 120 et 133, 135 pendant les accès.

Il n'y a plus de crises d'*angine de poitrine*. La région précordiale est saillante et le cœur la soulève à chaque contraction, cette saillie aurait diminué selon notre malade. Les carotides distendues et flexueuses sont le siège de battements qui animent la région cervicale. Le pouls qui est plein semble être perçu plus tôt à la radiale gauche qu'à la droite.

On ne retrouve plus de traces de la pleurésie. Toutefois le malade se plaint encore d'une dyspnée intermittente d'ailleurs légère.

Le *tremblement* est surtout accentué aux *membres supérieurs* et en particulier aux *mains*. Lorsque celles-ci sont étendues on voit les oscillations de petite amplitude au début devenir de plus en plus amples à mesure que le malade se fatigue. Ce tremblement disparaît quand il travaille et les mouvements délicats tels que ceux qu'exige la couture n'en sont pas incommodés. Les *membres inférieurs* sont au repos le siège d'une trémulation légère. La marche n'en est aucunement incommodée et le malade se tient très bien debout, les talons joints ; il y a alors trémulation légère de la tête. La langue est le siège de tremblements fibrillaires. L'état psychique est très amélioré, il n'y a plus d'*hypochondrie*. D'autre part, le malade est attentif. Son *agitation* est diminuée, mais il présente encore de la flexion brusque des jambes, la nuit surtout.

Il n'y a pas de troubles de la *sensibilité*, cependant le malade ressent une douleur sourde à la pression au niveau du paquet vasculo-nerveux droit du cou. Il n'existe pas de *stigmates d'hystérie*.

La sensation de chaleur a diminué, quoique le malade soit encore en manches de chemise malgré la fraîcheur relative de la température. La *peau* présente quelques-unes des altérations décrites par différents auteurs : sur le dos, au niveau de l'épaule gauche, une plaque d'urticaire occasionne de vives démangeaisons, le soir surtout.

A l'épaule droite, une plaque pigmentaire jaunâtre qui dure depuis trois ans ; on retrouve quelques-unes de ces taches sur la poitrine.

Enfin, sur la poitrine, le dos et les bras, de multiples éléments d'acné polymorphe parsemés sur une grande surface rouge maculeuse. Ce malade est très dermographique. Dans les cheveux, une plaque d'alopécie de la grandeur d'une pièce de deux francs qui reste stationnaire. Bon appétit, selles régulières, bon sommeil, pas de cachexie, pas d'impuissance.

Très amélioré, au bout de quelques semaines, le malade quitte l'hôpital Saint-Sauveur pour rentrer dans sa famille. Depuis cette époque nous n'avons pu savoir ce qu'il était devenu.

Il s'agit donc d'un malade sur lequel pèse une *hérédité* collatérale : mort en convulsions de deux frères et d'une sœur. A cette hérédité vient se surajouter de l'enfance à l'âge adulte une série d'accidents et d'émotions vives, telle qu'elle ne tarde pas à constituer chez lui un état mental dont le principal

caractère est la production d'*idées fixes* qui engendrent deux accès successifs d'*automatisme ambulatoire*.

Buc..., interné sur sa demande à Ville-Evrard, y a, sitôt entré, une série d'attaques d'hystérie qui, journalières d'abord, s'espacèrent peu à peu. Après une année, l'hystérie semblait s'amender lorsque à la suite d'une nouvelle émotion apparut le *goître exophtalmique*. Pendant quatre années, cette névrose évolua seule, réunissant chez notre malade la presque totalité de son tableau clinique. Puis, à la suite d'un refus de mise en liberté, reconstitution de l'état mental, apparition d'une idée fixe d'évasion réalisée en un dernier accès d'automatisme ambulatoire qui amène Buc... à Lille.

Le diagnostic est évidemment le suivant : Goître exophtalmique et hystérie; c'est celui que le maître CHARCOT fit en juillet 1892. Le fait rare dans l'espèce est de voir l'automatisme ambulatoire figurer dans le tableau clinique, CHARCOT le rattache à l'hystérie, et c'est, en effet, sous l'influence de l'état mental afférent à cette névrose que les accès se produisent et procurent au malade la satisfaction de l'idée fixe réalisée. Cet automatisme jouerait ainsi le rôle de crises avec lesquelles il ne coïncide jamais, en étant probablement l'*équivalent*.

L'état dans lequel se trouvent les hystériques pendant ces accès qu'ils ne se remémorent pas est peu connu; ces malades, dit CHARCOT, prendront des billets de chemin de fer, voyageront, seront hébergés et cependant passeront inaperçus. Du 12 au 15 août, Buc.... a dû manger, dormir et, pour ce faire, se mettre en relation avec ses semblables, sans que, autant qu'on en peut préjuger, son état mental ait été soupçonné.

Un heureux hasard nous permet de fournir une indication fort précieuse sur l'état mental de B.. lors de sa seconde fugue :

A un parent du département de l'Aisne qui lui demande où il va, Buc..., en état d'automatisme ambulatoire, répond : j'ai acheté un vieux couvent à Saint-Quentin pour y monter une filature, ce qui naturellement n'était, comme le dit notre malade, « qu'une lubie ».

Ainsi donc, le sujet en état d'automatisme ambulatoire, et le document que nous venons de fournir le prouve bien, n'est pas sans pensées, et se meut pour obéir à la suggestion, au rêve qui le captive. Comme il n'en reste rien au réveil, il s'est bien formé là une série de phénomènes, distincte, indépendante de la conscience personnelle affaiblie.

Au point de vue de la marche de la maladie, il n'est pas sans intérêt de constater l'action réciproque des deux névroses en présence. D'abord hystérique, le malade devient basedowien pour être de nouveau sujet ensuite à des accidents hystériques.

Sitôt les étouffements et le tremblement apparus, plus d'attaques, et d'autre part, l'accès d'automatisme ambulatoire terminé, les troubles basedowiens sont réduits à leur minimum. Les deux névroses semblent ici s'exclure et, détail curieux, le passage de l'une à l'autre a été dans tous les cas provoqué par une *émotion*.

Du fait de la réunion de l'hystérie et du goître sur un même terrain, est résulté un *pronostic* plutôt favorable ; depuis 1891, date du début du goître et malgré l'intensité de ce dernier, l'état du malade n'est pas trop mauvais ; on peut l'attribuer aux rémissions provoquées par l'hystérie et espérer que la durée de celles-ci procurera à notre intéressant *ambulant* une vie supportable.

VARIÉTÉS

Un non-combattant

Le docteur ABBATUCCI, médecin de 2me classe de la marine, vient d'être décoré pour faits de guerre au Soudan. Voici le libellé qui figure au *Journal officiel* :

« S'est particulièrement distingué à l'affaire de Diagourou (Soudan), non seulement en soignant les blessés sous le feu de l'ennemi, mais encore en faisant le coup de feu au milieu d'une section de tirailleurs pour les encourager par son exemple, et en s'improvisant ensuite canonnier servant pour aider l'officier d'artillerie à bout de forces. »

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le **Comité de préparation du XIIIe Congrès international** qui se tiendra à Paris en 1900, vient de s'adjoindre, parmi quelques membres de la province, M. le professeur COMBEMALE, notre rédacteur en chef, dans la section de médecine interne. Nous félicitons bien sincèrement notre collègue de cette distinction, si flatteuse pour lui et pour la Faculté de Lille.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. C.-E. E.-J. POTIÉ, de Vieux-Berquin (Nord), a soutenu avec succès, le jeudi 12 mai, sa thèse de doctorat (5e série, n° 77) intitulé : **Pathogénie du phlegmon du ligament large.**

Nous relevons parmi les mutations du corps de santé **militaire**, la nomination du docteur ALLEAU comme médecin-chef de l'hôpital militaire de Maubeuge.

CONCOURS D'AGRÉGATION *(chirurgie et accouchements)*.

Les questions suivantes sont sorties à l'épreuve d'une heure après 48 heures de préparation :

MM. Estan. Chirurgie des thrombo-phlébites anciennes.

Demoulin. Paraplégies chirurgicales.

Glantenay. Effets de projectiles modernes sur les os et les articulations, des indications qui en résultent.

Les 26 docteurs dont les noms suivent ont été élus **Députés** de la nouvelle Chambre (scrutin du 8 mai) :

MM. **Gacon** (Allier), **Hugon** (Cantal), **Lachaud** (Corrèze), **Ricard** (Côte-d'Or), **Borne** (Doubs), **Dubuisson** (Finistère), **Devins** (Haute-Loire), **Barrois** (Nord), **Chopinet** (Oise), **Girard** (Puy-de-Dôme), **Delbet** (Seine-et-Marne), **Amodru** (Seine-et-Oise), **Boutard** (Haute-Vienne), **Chautemps** (Haute-Savoie), Paulin **Méry** (Paris), **Herbet** (Ain), **Thieulier** (Dordogne), **Isambart** (Eure), **Cosmao-Dumenez** (Finistère), **Vigné** (Hérault), **Mougeot** (Haute-Marne), **Turigny** (Nièvre), **Quintaa** (Basses-Pyrénées), **Pedebidou** (Hautes-Pyrénées), **Bourgeois** (Vendée), **Merlou** et **Villejean** (Yonne).

Nous relevons avec plaisir parmi eux le nom de notre collaborateur, le professeur Barrois, que les électeurs ont jugé assez qualifié pour ces fonctions. Nous lui adressons nos bien sincères félicitations.

Les 24 docteurs dont les noms suivent ont été **Candidats malheureux** aux élections législatives de 1898.

MM. **Bertrand** (Paris), **Legué** (Paris), **Isoard** (Basses-Alpes), **Blancard** (Aveyron), **Lekerret** (Côtes-du-Nord), **Balezi** (Corse), **Butterlin** (Doubs), **Dumont** et **Labonne** (Indre), **Peton** (Maine-et-Loire), **Baraban** (Meurthe-et-Moselle), **Gros** (Nièvre), **Moineau** (Nièvre), **Debierre** (Nord), **Barrabé** et **Poulain** (Orne), **Goudemand** (Pas-de-Calais), **Thelliez** (Pas-de-Calais), **Goy** (Haute-Savoie), **Peyron** (Seine-et-Oise), **Dodin** (Vendée), **Contancin** (Vienne), **Chénieux** (Haute-Vienne), **Mauran** (Oran), **Berthod** (Haute-Saône).

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Par décret en date du 3 mai 1898, M. **Denigès**, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux, chargé d'un cours complémentaire de chimie, est nommé **professeur de chimie biologique à la dite Faculté** (fondation de l'Université de Bordeaux).

Le 16 mai 1898, aura lieu à Paris, dans les salles de l'hôpital Rothschild, 76, rue de Picpus, **un Concours** pour la nomination de deux internes titulaires et d'un interne-adjoint pour les places vacantes à l'*Hôpital N. de Rothschild, à Berck-sur-Mer* et à la *Policlinique H. de Rothschild, 82, rue de Picpus.*

Pour tous renseignements relatifs aux avantages matériels et aux conditions du concours, s'adresser à M. le Directeur de l'hôpital Rothschild, 76, rue de Picpus.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. le docteurs **Berrut**, de Paris ; **Kayser**, de Philippeville (Algérie).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

18e semaine du 1er au 7 mai 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	3	4
3 mois à un an	8	3
1 an à 2 ans	4	6
2 à 5 ans	4	5
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	7	6
40 à 60 ans	3	4
60 à 80 ans	9	12
80 ans et au-dessus	2	2
Total	42	42

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	5	1	»	»	»	1	»	»	»	1	»	2	11	9
Moulins, 24,947 hab.	»	2	»	»	1	1	»	1	3	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	10	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	6	»	»	2	»	»	»	»	»	4	14	29
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	3	»	»	»	»	»	2	2	2	»	»	»	2	1	»	»	»	»	7	19	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	2	1	»	»	2	»	»	»	»	»	1	8	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	7	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	6	18
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	6
Total	»	9	»	»	1	1	»	5	14	6	8	»	1	10	1	»	»	1	»	27	84	124

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 71. Deuxième Année, N° 21. Le Numéro : **10** centimes. 22 Mai 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 *fr. par an.*

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — Bulletin de la semaine. — Congrès de médecine de Montpellier. — TRAVAUX ORIGINAUX : La paralysie générale chez la femme dans le département du Nord, par le docteur **R. Charon**. — FAITS CLINIQUES : Lymphangite gangréneuse récurrente sous-mammaire gauche, consécutive à une petite plaie et une contusion de l'index gauche, par le docteur **L. Dubar**, professeur de clinique chirurgicale. — Miliaire et prurigo localisés au point d'application antérieure de vésicatoires, par **M. Mouton**, interne des hôpitaux. — Intérêts professionnels. — Variétés. — Analyses. — Nouvelles et informations. — Statistique sanitaire de la ville de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie des sciences**, M. OLLIER étudie les modifications subies par les lambeaux dermiques dans la greffe autoplastique et les conditions qui favorisent leur accroissement en surface. L'auteur ne croit pas à l'agrandissement spontané par hyperactivité cellulaire. D'après lui, l'agrandissement que l'on observe parfois serait dû à un déplissement du lambeau transplanté et rétracté, absolument comme dans le cas où la peau est refoulée par une tumeur profonde.

⁂ M. ARLOING donne le résultat de ses recherches sur l'obtention de cultures et d'émulsions homogènes du bacille de la tuberculose humaine en milieu liquide. L'auteur est arrivé à reproduire une variété mobile de ce bacille, ce qui prouve que l'immobilité du bacille de Koch n'est pas une caractéristique aussi absolue qu'on l'admet généralement.

A l'**Académie de médecine**, M. DIEULAFOY étudie la nosologie de la syphilis de l'estomac. Ses conclusions se résument ainsi :

La syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on le suppose.

Les lésions syphilitiques de l'estomac peuvent affecter toutes les formes depuis l'érosion hémorrhagique jusqu'à l'ulcération gommeuse. Il est probable que l'action du suc gastrique continue ce que le processus ulcéreux initial a commencé

Les symptômes ne diffèrent guère de ceux de l'ulcus simplex, mais on devra toujours se mettre sur ses gardes et interroger tout malade atteint d'ulcus simplex, sur ses antécédents syphilitiques.

Le traitement, en pareille circonstance, devra être immédiatement institué, il permettra de guérir des malades qu'on serait tenté de livrer à l'intervention chirurgicale.

⁂ M. CHIPAULT donne les résultats de douze crâniectomies pour affections diverses.

Dans les tumeurs intracrâniennes du cerveau ou des méninges, diagnostiquées non extirpables, une simple résection crânienne, au voisinage de la tumeur, sans toucher à la dure mère, amène la sédation des symptômes de compression cérébrale.

Dans les tumeurs diagnostiquées extirpables il faut tout risquer pour mener à bien son opération, les dilacérations de l'encéphale, l'exploration digitale, les résections de l'encéphale, à condition d'être aseptiques, seraient, d'après l'auteur, d'une insignifiance étonnante au point de vue des traces fonctionnelles.

Dans les méningites localisées, avec adhérences du cortex, l'intervention fait disparaître l'épilepsie et même la paralysie Dans les encéphalopathies infantiles, traumatiques ou non, l'intervention calme les phénomènes épileptiformes, mais n'a aucune action sur les paralysies.

*** M. HUCHARD lit un rapport sur la communication de M. COMBEMALE concernant l'emploi de l'acétate de thallium contre les sueurs des phtisiques. La conclusion, conforme à celle de M. COMBEMALE, est que cet agent a une action efficace sur ce symptôme, mais qu'il donne des alopécies parfois complètes et des douleurs dans les membres inférieurs qui en feront limiter l'emploi.

A la **Société de Biologie**, MM. PHILIPPE et DECROLY ont étudié l'écorce cérébrale dans trois cas de tabes dorsalis ancien. Ils ont constaté l'intégrité des fibres myéliniques intra corticales. Ce fait vient en opposition avec la théorie de JENDRASSIK qu'un grand nombre de symptômes tabétiques seraient sous la dépendance des lésions corticales.

A la **Société de chirurgie**, la discussion revient sur les psychoses post-opératoires.

M. OLLIER a observé une douzaine de cas de psychoses pré-opératoires, les malades présentant des troubles causés probablement par la frayeur.

D'après cet auteur, il faudrait aussi incriminer le chloroforme. Une de ses malades, atteinte de cancer du sein, subit sous chloroforme trois interventions; chaque fois il y eut des troubles psychiques, une quatrième fois la narcose fut faite par l'éther. Rien ne survint.

Le changement de milieu a également une influence manifeste. M. OLLIER a vu des malades recouvrer la raison aussitôt rentrés chez eux; M. GÉRARD-MARCHANT a observé des cas analogues.

M. LE DENTU estime qu'il y a une corrélation manifeste entre les interventions sur les organes génitaux et les troubles post-opératoires. On admet trop facilement l'existence d'antécédents dans tous les cas. Il vaut mieux avouer que la pathogénie est mal connue.

M. GÉRARD-MARCHANT a observé des troubles psychiques après des interventions sur les centres nerveux ou sur les ganglions sympathiques.

Il ne faut jamais, d'après cet auteur, opérer des neurasthéniques pour de prétendues douleurs causées soit par un varicocèle, soit par un prolapsus de l'utérus, etc. Ce sont ces malades qui délirent le plus facilement.

*** M. FELIZET relate l'observation d'une fillette qui avait avalé un noyau de pruneau. Ce noyau pénétra dans la trachée et alla se loger à l'entrée de la bronche gauche. L'enfant mourut.

Les corps étrangers de la trachée sont très graves, surtout chez les enfants, à cause du spasme de la glotte. Il faut intervenir rapidement par la trachéotomie.

Un autre danger, moins immédiat que l'asphyxie, mais également grave, consiste dans la gangrène pulmonaire et les infections pneumoniques.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, MM. WIDAL et LEMÉ ont observé un cas d'arthrite et synovite primitives à pneumocoques chez un malade atteint de rhumatisme chronique.

M. LEMOINE rapporte le cas d'une contagion de la rougeole à la période de convalescence. D'après M. SEVESTRE, ces faits de contagion à cette période sont tellement rares, qu'il est permis d'élever des doutes sur leur réalité.

A la **Société de Dermatologie**, M. LANDOUZY présente un malade atteint de syphilis maligne précoce sans adénopathie. Cette absence de réaction ganglionnaire dans une syphilis maligne semble venir à l'appoint de la théorie d'AUGAGNEUR relative au rôle de défense joué par l'adénopathie dans la syphilis.

D'après M. GENIN, chez les arabes, dont la syphilis est toujours grave, il y a toujours des ganglions très volumineux.

M. BROCQ a relu des observations de syphilis malignes et souvent il voit noté peu ou pas de ganglions. D'après M. BESNIER, il n'y a aucun rapport entre l'adénopathie et la gravité de la syphilis.

Congrès de médecine de Montpellier

III. — ÉTAT ACTUEL DE L'OPOTHÉRAPIE

MM. de CÉRENVILLE, MOSSÉ, GILBERT et CARNOT ont été chargés des rapports sur cette question tout à l'ordre du jour. Les deux derniers auteurs se sont occupés de l'utilisation thérapeutique des tissus animaux, à l'exception du corps thyroïde et du thymus. La première partie de leur étude a trait à la technique de la préparation des extraits organiques. Vient ensuite la revue des organes mis en œuvre, à commencer par les glandes génitales. C'est l'extrait testiculaire que BROWN-SÉQUARD a tout d'abord utilisé. Ce savant eut d'autant

plus de mérite à baser sur ce cas sa théorie, que l'exemple était mal choisi. Cette médication, après une vogue considérable, est actuellement bien délaissée. L'opothérapie ovarienne a été employée contre les accidents provoqués par la double castration chirurgicale, contre les troubles de la ménopause physiologique est ceux qui dénotent une insuffisance génitale, contre la chlorose, l'ostéomalacie, les maladies nerveuses. BELL, se basant sur les relations physiologiques de la mamelle et de l'utérus, a traité par l'extrait de glande mammaire un certain nombre de fibromes utérins. Les hémorragies ont cessé ; la tumeur aurait subi une notable régression. Ce même auteur a traité plusieurs ovarites par des extraits de parotide et aurait eu de bons résultats. La prostate a été donnée par REINERT et BAZY dans l'hypertrophie prostatique.

Les extraits de substance cérébrale et médullaire ont fait l'objet de tentatives nombreuses de la part de BABÈS, PAUL, CULLÈRE, ALTHAUS ; elles viennent, tout récemment, de prendre un regain d'actualité à la suite des intéressantes recherches de WASSERMANN et TAKAKI. Ces recherches dérivent des idées d'EHRLICH sur la production des antitoxines par combinaison de la toxine même avec les cellules de la moelle : les propriétés antitoxiques du sérum seraient dues au passage dans le sang de cellules nerveuses dissoutes. La moelle et le cerveau d'animaux normaux, mélangés à la toxine tétanique, la neutralisent de telle sorte que les souris supportent impunément jusqu'à dix fois la dose mortelle. — Partant de vues théoriques sur le rôle du liquide céphalo-rachidien, dans la nutrition des centres nerveux, CROS a injecté ce liquide, notamment dans un cas de tabes. Le corps pituitaire dont on entrevoit les relations avec l'acromégalie a été plusieurs fois utilisé dans le traitement de cette affection. On a noté la diminution de la céphalalgie et des paresthésies des mains.

L'extrait de corps ciliaire a été employé par DOR et DARIER dans l'iridocyclite sympathique ; l'extrait de muscle et de cœur, l'extrait de cartilages ont à leur tour fait les frais de certains traitements spéciaux.

La moelle des os est, de l'avis de tous, un tissu d'une importance extrême. GOLDSCHERDER s'en est servi dans l'anémie pernicieuse et la leucémie. La rate, dans le paludisme, semble avoir bien réussi entre les mains de COUSIN. BROWN-SÉQUARD enfin a conseillé l'extrait de ganglions lymphatiques dans la leucocythémie.

L'extrait de poumon est à peine connu ; l'extrait de rein n'a donné de succès qu'à un petit nombre d'auteurs. L'opothérapie surrénale, sur laquelle on avait fondé de grandes espérances, paraît n'avoir produit que de médiocres résultats. Le pancréas, chez les diabétiques, n'a à son actif que fort peu de guérisons, ou, pour mieux dire, d'améliorations.

Le foie semble appelé à un plus grand avenir. L'influence des extraits hépatiques sur la fonction biliaire a pu être étudiée en dehors de l'organisme (AUTHEN-KALLMEYER, KLEIN, HOFFMANN). Leur action uropoiétique est hors de conteste. Pour l'action glycémique, bien connue depuis les magnifiques travaux de BERNARD, est-elle liée à la vie même de la cellule hépatique ou bien est-ce une action diastasique ou autre, transmissible à l'extrait ? En d'autres termes, pouvons-nous en tirer un résultat opothérapique ? Il faut répondre par l'affirmative, et cliniquement, l'extrait de foie pourra être utilisé, d'une part dans les maladies propres à l'organe même, d'autre part, dans les maladies multiples dont les rapports avec le foie sont encore vagues, mal précisés, et qui paraissent liés à un fonctionnement imparfait de la glande hépatique.

M. MOSSÉ étudie l'emploi du corps thyroïde. C'est la glande qui a fourni, jusqu'ici, les plus brillants résultats. L'observation clinique et l'expérimentation, se prêtant un mutuel appui, ont contribué à dégager tout un chapitre nouveau en médecine, sur lequel on ne possédait, il y a une quinzaine d'années, que des notions rudimentaires ou nulles.

L'opothérapie thyroïdienne directe s'adresse aux dystrophies et toxémies consécutives à l'athyroïdie : myxœdème de l'enfant et crétinisme endémique. Elle s'adresse encore aux goitres et aux diverses affections chroniques de la glande amenant un amoindrissement de la sécrétion. L'opothérapie indirecte doit être mise en œuvre dans la nutrition retardante, le retard de développement du système osseux, le retard de la puberté, l'infantilisme, les congestions utérines, les métrorragies, etc.

D'autres indications s'appuient uniquement sur l'empirisme. C'est ainsi qu'on a essayé le corps thyroïde dans la tétanie, le psoriasis, l'ichthyose, l'eczéma, etc. L'ingestion est à peu près la seule méthode usitée (glande fraîche, glande desséchée, préparations pharmaceutiques).

Dans les diverses modalités cliniques de l'athyroïdisme, le succès est la règle. La médication agit favorablement sur certains goitres : le résultat est d'autant meilleur que le sujet est jeune, le goitre charnu, le traitement institué d'une façon précoce. Dans le goitre basedowifié, le corps thyroïde se montre souvent utile,

diminue les accidents, surtout la dyspnée et amène parfois une amélioration considérable

L'obésité d'habitude diminue beaucoup : mais ce n'est pas une règle sans exceptions, tant s'en faut.

Plusieurs hypothèses peuvent être invoquées pour expliquer l'action des sécrétions internes. Ou bien cette action est d'ordre antitoxique, ou bien ces sécrétions interviennent comme agents modificateurs d'actes nutritifs. SCHIFF supposait déjà au suc thyroïdien une propriété altérante sur la nutrition, directe ou par l'intermédiaire du système nerveux. Cette prévision s'est trouvée confirmée par les faits recueillis ultérieurement, qui montrent la réalité des modifications de l'échange organique sous l'influence du suc thyroïdien (réduction de poids du corps par consommation des graisses, augmentation de l'excrétion de l'azote, du phosphore, de l'acide carbonique, etc.). D'autres sécrétions internes jouissent de propriétés analogues. Rappelons l'action du pancréas sur les graisses et les albumines, celle du thymus sur l'excrétion de l'acide urique qu'il provoque, celle de l'hypophyse sur l'excrétion du phosphore par voie intestinale, qui semble prouver un métabolisme anormal, puisqu'il se produit des combinaisons spécialement adaptées à cette voie d'élimination.

Il est permis d'établir comme acquise la propriété de certains sucs glandulaires, peut-être de tous, à un degré inégal, de modifier les actes de l'assimilation normale. EWALD fait remarquer justement que l'on ne connaissait que deux moyens capables de faire varier l'organisme dans des limites importantes : le travail des glandes externes et l'activité musculaire Il y a en plus, maintenant, cet agent mystérieux qui agit sur la cellule au repos. Cette propriété ne nous permet cependant aucune représentation de l'influence réparatrice prodigieuse qui est dévolue au suc thyroïdien dans les accidents consécutifs à la suppression de la thyroïde. Il faut s'adresser ailleurs (DE CÉRENVILLE). Les modifications des phénomènes cellulaires sont-elles subordonnées à l'intervention nerveuse ? GLEY dit que cette explication dissimule mal l'insuffisance de nos connaissances. Quel est d'autre part le rôle de la composition chimique des sucs glandulaires ? Très grand, assurément ; mais on peut encore supposer des forces agissant sur les phénomènes cellulaires directement et par l'intermédiaire de la circulation. Cette hypothèse est déjà admise par BOUCHARD lorsqu'il établit que c'est par les produits solubles, plus que par le système nerveux, que s'établit l'équilibre vital entre les cellules.

Pour d'autres, l'action des sécrétions internes est d'ordre antitoxique. Les sucs glandulaires auraient un rôle de défense contre les substances nuisibles élaborées au cours des mutations organiques (REVERDIN, SCHIFF, KOCHER). L'expérience seule, dit MATHEWS, pourra dire ce que valent ces théories, étant donnée notre ignorance des phénomènes intimes du corps vivant.

TRAVAUX ORIGINAUX

La paralysie générale chez la femme dans le département du Nord

Par le Docteur **R. Charon**, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul.

Dans cette affection, qui comporte encore tant d'obscurités, le côté étiologique reste particulièrement discuté ; et c'est dans le but de l'éclairer que le congrès des aliénistes avait proposé, en 1890, qu'il fût relevé, dans toutes les régions de France, des statistiques complètes tendant à établir des relations de cause à effet entre les manifestations morbides très variables de la paralysie générale et les conditions de milieu également variables dans lesquelles elle se produit. Les statistiques ont été établies de divers côtés, mais elles ne paraissent pas jusqu'à ce jour avoir contribué notablement à la solution du grave problème dont elles démontrent simplement la complexité déroutante. Tandis que certains auteurs trouvent la syphilis dans 70 à 90 % des cas, d'autres ne la rencontrent que 5 fois sur 100 et même moins. La même contradiction s'accuse dans toutes les recherches, qu'il s'agisse de l'alcoolisme, du surmenage, de l'hérédité. Les *unicistes* l'expliquent par l'insuffisance des commémoratifs et de l'examen clinique, et personne n'oserait affirmer qu'ils ont tort. Les autres, les pluristes, qui pourraient bien avoir un jour le dernier mot dans la discussion, considèrent la paralysie générale comme une maladie de déchéance, résultat de facteurs multiples, variables et dont les principaux seraient l'hérédité (congestive, arthritique, alcoolique), les maladies infectieuses et particulièrement la syphilis, l'alcoolisme, le surmenage physique et intellectuel, etc.

Quoi qu'il en soit, et quelque maigre que soit le résultat acquis jusqu'à ce jour par les recherches statistiques, il demeure toujours intéressant de voir comment se comporte dans le temps et à travers les

conditions de milieu différentes, cette maladie dont les progrès sont certains, dont les débuts, généralement insidieux, ont les pires influences sur la famille, les affaires, la société. Montrer par des chiffres la place chaque jour plus considérable qu'occupe dans le tableau nosographique des populations industrielles du Nord, la paralysie générale, c'est, croyons-nous, prouver que son diagnostic, s'il est souvent difficile, est bien un de ceux qu'il importe le plus aux praticiens de ce pays de savoir déduire.

Dans la statistique suivante, qui ne comprend que notre observation personnelle, il n'a été tenu compte que des cas dans lesquels l'ensemble symptomatologique ne permettait aucun doute sur le diagnostic, et les anamnestiques de nature à éclairer l'étiologie n'ont été indiqués que pour les cas où la vérification en a été possible ; ajoutons que, par suite de sa situation spéciale, l'asile de Bailleul reçoit toutes les malades indigentes et la plus grande partie des aliénées pensionnaires du département du Nord.

Le mouvement des admissions à l'asile des femmes aliénées de Bailleul, pour ce qui regarde la paralysie générale, donne les chiffres suivants pendant les six dernières années écoulées :

ANNÉES	NOMBRE TOTAL DES ADMISSIONS (malades traitées pour la 1re fois)	PARALYTIQUES GÉNÉRALES
1892	185	13
1893	175	15
1894	183	16
1895	166	19
1896	200	21
1897	194	24
	1.103	108

Il est de notion courante que la paralysie générale est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et les statistiques démontrent que si cette affection est plus fréquente chez l'homme et surtout dans les classes élevées, elle augmente d'une façon notable chez la femme, surtout dans les classes ouvrières. Le tableau précédent indique que, dans le Nord, le mouvement de la paralysie générale chez la femme suit bien une marche progressive et qu'elle a depuis six années augmenté de près de 50 %, représentant aujourd'hui plus de 12 % du chiffre total annuel des aliénées internées.

L'observation des principales manifestations psychopathiques pendant le séjour à l'asile des 108 malades réparties ci-dessus, donne les résultats suivants :

Activité générale		Troubles psychiques qualitatifs		Troubles psychiques quantitatifs	
Forme expansive	49	Avec délire mégalomaniaque	44	Affaiblissement intellectuel	98
		Sans délire	9		
Forme dépressive	53	Avec délire mélancolique	39	Démence complète au moment de l'internement	10
		Sans délire	16		
Double forme	6	Avec délire	4		
		Sans délire	2		
Totaux	108		108		108

Les troubles de l'activité générale, qui existent chez tous les malades, se manifestent tantôt par de l'excitation, tantôt par de la dépression et dans des proportions à peu près égales ; dans quelques cas, les deux états se succèdent à des périodes irrégulières. Les formes délirantes hypertrophique (mégalomanie, persécution, égotisme) et atrophique (mélancolie, hypochondrie) présentent des rapports à peu près égaux. Mais plus de 25 % de nos paralytiques générales ne présentent aucune espèce de délire. L'affaiblissement intellectuel plus ou moins accentué existe dans tous les cas, mais il est souvent peu marqué dans les cas sans délire, peu marqué également chez certaines malades à délire fugace ou dissimulé et ainsi s'explique la difficulté du diagnostic surtout au début de l'affection. Ce diagnostic souvent embarrassant chez l'homme, devient encore plus obscur pour la femme chez qui les prodrômes paralytiques sont généralement plus insidieux que dans le sexe masculin, et qui, par la nature de ses occupations et de son rôle social, se trouve moins exposée à commettre des actes d'une absurdité éclatante ou à étaler au grand jour les lacunes de sa mémoire ou de son syllogisme.

PROFESSIONS			AGES (à l'époque de l'internement)	
Classe ouvrière 101	Ouvrières de fabrique	36	De 15 à 20 ans	1
	Cabaretières	26	De 20 à 25 ans	6
	Filles galantes	15	De 25 à 30 ans	32
	Couturières, modistes	7	De 30 à 35 ans	18
	Batelières, pêcheuses	5	De 35 à 40 ans	18
	Marchandes ambul.	4	De 40 à 45 ans	17
	Indéterminées	8	De 45 à 50 ans	12
Classes supérieures		7	De 50 à 60	4
			De 60 et au-dessus	»
Total		108	Total	108

La paralysie générale, de plus en plus fréquente

dans la classe ouvrière, reste rare chez les femmes des classes plus élevées ; elle est exceptionnelle dans les milieux agricoles ; aucune de nos malades n'appartenait à cette catégorie.

Chez l'homme, l'*âge paralytique* comprend la période de 30 à 40 ans et les cas au-dessus de 50 ans sont exceptionnels. Chez la femme, dans le milieu qui nous intéresse, l'*âge paralytique* serait plus précoce (25 à 35 ans) et les cas tardifs seraient assez fréquents.

CAUSES ÉTIOLOGIQUES

Années	Hérédité	Alcoolisme	Syphilis	Maladies infectieuses	Traumatismes	
					physiques	émotionnels
1892	4	5	3	1	»	6
1893	6	6	2	»	2	5
1894	3	5	1	3	1	9
1895	3	6	3	1	3	7
1896	6	9	1	2	3	7
1897	7	11	2	4	2	9
Totaux..	29	42	12	11	11	43

Dans ce tableau ne figurent que les malades dont les anamnestiques ont été vérifiés et l'on sait combien il est difficile, chez les femmes, d'obtenir l'aveu ou de retrouver les traces de syphilis ou d'abus d'alcools. Nos syphilitiques étaient beaucoup plus nombreuses ! Mais... nos alcooliques aussi ! Quelle est la part qui revient à chacun de ces facteurs morbides dans l'étiologie de la paralysie générale ? Où sont les causes réellement efficientes ? Où sont les causes simplement occasionnelles ? Les *unicistes* et les *pluristes* peuvent continuer la lutte. De chaque côté les arguments sont de poids, les champions sont de taille. Pour nous, contentons-nous modestement de souligner les deux faits qui se dégagent de notre revue étiologique : d'une part, l'augmentation régulièrement progressive des antécédents alcooliques, que nous retrouvons aujourd'hui dans près de 50 % de nos femmes paralytiques ; d'autre part, la stagnation du mouvement annuel des antécédents syphilitiques reconnus seulement chez 10 % de nos malades. Ces faits sont à rapprocher des renseignements cliniques recueillis dans les hôpitaux de la région, desquels il résulte que les manifestations syphilitiques restent à peu près stationnaires, tandis que les affections alcooliques augmentent de jour en jour. Ils s'ajoutent à tant d'autres faits, pour crier l'urgence de la lutte anti-alcoolique et aussi l'intérêt tout spécial qui s'attache à l'étude clinique de la paralysie générale dans nos régions industrielles.

FAITS CLINIQUES

Lymphangite gangréneuse récurrente sous-mammaire gauche, consécutive à une petite plaie et une contusion de l'index gauche.

Par le docteur **L. Dubar**, professeur de clinique chirurgicale

Virginie R..., âgée de 65 ans, ménagère, entre le 6 novembre 1894, salle Sainte-Thérèse, n° 20. Elle se plaint de vives souffrances dans le sein gauche et de ne pouvoir remuer le bras.

Nous voyons sur la face latérale gauche du thorax, sous le sein et le bord inférieur du grand pectoral, une large plaque que pourraient couvrir les deux mains, de couleur rouge très foncé, brun sombre, dont le limbe, d'un rouge plus vif, se perd insensiblement dans les parties saines de la peau. Cette plaque est indurée et légèrement œdémateuse. La peau à son niveau a perdu sa souplesse ; elle est rigide et paraît faire corps avec les parties sous-jacentes. Au centre de cette plaque, on aperçoit une partie saillante en verre de montre de 4 à 5 centimètres carrés de surface, d'aspect gris rougeâtre, qui paraît être le siège d'un certain ramollissement sans fluctuation nette.

De la plaque indurée sous-pectorale jusqu'à l'aisselle, nous sentons sous le bord du grand pectoral un cordon assez volumineux, dur, qui nous conduit à une masse axillaire indurée.

Ces diverses explorations sont assez douloureuses.

La glande mammaire gauche est saine, sans aucune induration. Le bras et l'avant-bras correspondant ne nous montrent rien de particulier.

Nous interrogeons la malade sur ses antécédents. Elle déclare avoir toujours joui d'une excellente santé. Elle n'a présenté aucun bouton, aucune excoriation sur le thorax, ni sur le bras et l'avant-bras. Mais quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle s'est fait, se livrant aux soins du ménage, une petite plaie sur la face dorsale de l'index gauche, et le lendemain elle s'est donné un coup assez violent sur le même doigt, qui est devenu bleu, puis jaune, sans avoir présenté cependant une seconde plaie.

L'examen de ce doigt nous montre, en effet, une petite cicatrice sur la face dorsale de la seconde phalange et encore un peu de gonflement.

Elle ne prit, d'ailleurs, aucun soin de ces différentes lésions et ne nous les aurait pas signalées si nous ne l'avions pressée de questions.

Pendant la semaine qui suivit ces blessures, elle ne remarqua aucune rougeur de la main, ni du bras, ni de l'avant-bras. Mais elle ressentit une gêne dans les mouvements et un peu de douleur dans l'aisselle gauche.

Elle éprouva des malaises, mais conserva de l'appétit.

La semaine suivante, malaises et douleurs augmentèrent ; elle soulevait difficilement le bras. Elle ressentit des brûlures, puis des élancements dans la partie latérale gauche du thorax, ce qui l'engagea à entrer à l'hôpital.

En résumé, piqûre suivie le lendemain d'une contusion assez violente de l'index gauche, engorgement des ganglions axillaires, puis apparition d'une plaque rouge sombre dans la région sous-pectorale gauche, le tout ayant évolué en quinze jours sans réaction générale très accusée, sans atteinte profonde de la santé.

Le lendemain de son entrée, la peau du centre de la plaque présente une phlyctène contenant un liquide gris rougeâtre. Le derme au-dessous de la phlyctène présente plusieurs îlots sphacélés grisâtres tranchant sur les parties voisines, qui offrent un piqueté rouge très serré. Une incision de 3 centimètres fend le derme enflammé et sphacélé ; il s'écoule une certaine quantité d'un pus lié crémeux, fétide ; on voit au fond de la plaie, un gros paquet de tissu cellulaire mortifié, adhérant intimement aux parties profondes. Nombreuses injections de liqueur de Van Swieten, pansement iodoformé et au sublimé.

Le 8 novembre, deux jours après son entrée, les douleurs étant toujours aussi vives, la plaque ayant plutôt augmenté et les eschares dermiques s'étant étendues, l'incision est largement agrandie. Elle donne issue à une grande quantité d'une suppuration fétide et à de longues et épaisses mèches de tissu cellulaire mortifié.

Les jours suivants, l'extension de la rougeur s'arrête ; la peau s'assouplit à la périphérie ; les eschares de la peau se détachent.

Le huitième jour, la rougeur a à peu près disparu ; toutes les eschares sont éliminées et la peau est recouverte de bourgeons charnus de bonne nature.

La cicatrisation marche régulièrement, sauf dans l'angle externe de la plaie dans le point sous pectoral le plus voisin de l'aisselle, où elle présente des bords indurés et une profondeur d'un centimètre. Là, comme du fond d'un puits, sort chaque jour une assez grande quantité de liquide séreux, que nous regardons comme de la lymphe provenant d'un des cordons noueux, vaisseau lymphatique à paroi indurée que nous avions constaté par le palper, dès l'entrée de la malade, sous le bord inférieur du muscle pectoral. A quelques centimètres de cette petite anfractuosité indurée, on sent dans l'aisselle un gros ganglion lymphatique très dur.

Vers le 8 décembre, le ganglion axillaire diminue de volume et entre franchement en résolution. En même temps, le bourgeonnement comble rapidement ce qui reste de la plaie et l'écoulement séreux disparaît.

Le 16 décembre, la malade sort du service : la plaie est cicatrisée. Il ne reste plus qu'un ganglion du volume d'une grosse bille, non douloureux, dans l'aisselle.

Cette observation offre un grand intérêt. Elle nous montre une lymphangite insolite comme siège par rapport à son lieu d'origine, rare comme forme, puisqu'il s'agit d'une forme gangréneuse à allure de phlegmon diffus.

En effet, le point d'inoculation est au niveau d'un doigt de la main gauche, et nous la voyons se développer sur la paroi thoracique. La lymphe septique, après avoir traversé sans les influencer les réseaux et les vaisseaux lymphatiques du membre supérieur, s'est accumulée et a engorgé plusieurs ganglions lymphatiques de l'aisselle. L'adénite sans lymphangite n'est pas rare, et jusque-là nous n'avons pas à nous étonner.

Mais sous une influence qui nous échappe, peut-être en raison de l'obstacle apporté au cours de la lymphe par les ganglions engorgés et indurés de l'aisselle, cette lymphe septique, arrivée aux ganglions, a suivi un trajet rétrograde dans les vaisseaux et dans les réseaux lymphatiques sous-mammaires.

Des faits analogues ont été signalés. Je citerai, comme se rapprochant plus particulièrement du nôtre, l'observation de Velpeau, que nous trouvons dans la thèse de Bennezon, 1884. Dans cette observation, avec des engelures ulcérées aux mains, se montrèrent des ganglions engorgés dans l'aisselle et un vaste abcès du sein droit, et comme trace de la marche récurrente suivie par l'inflammation, un cordon noueux de lymphatiques indurés s'étendait de la mamelle jusque dans le creux de l'aisselle.

Maintenant, pourquoi, chez notre malade, la forme gangréneuse et l'extension dans le tissu cellulaire sous-cutané de la gangrène, donnant à la lésion l'aspect d'un phlegmon diffus ?

Notre malade n'est ni diabétique ni alcoolique ; son état général, malgré une lésion incontestablement grave, s'est conservé assez bon. Nous ne pouvons donc faire intervenir, pour expliquer la forme gangréneuse de la lésion, que deux facteurs : son âge, 65 ans, et l'activité du virus au niveau de l'index, activité qui a probablement été augmentée par la contusion qui a suivi à vingt-quatre heures de distance la blessure de l'index.

Hôpital de la Charité. -- Service de M. le professeur COMBEMALE

Miliaire et prurigo localisés au point d'application antérieure de vésicatoires

par M. Mouton, interne des hôpitaux

Le système tégumentaire, pas plus que les autres appareils de l'économie, ne fait exception à cette loi de pathologie générale qui veut que les déterminations

morbides s'effectuent là surtout où la résistance est moindre. L'affaiblissement du terrain prédispose singulièrement à l'éclosion du mal et crée, en un mot, ce que l'on est convenu d'appeler la réceptivité morbide; c'est ainsi que le froid provoque facilement l'engelure chez le sujet lymphatique. De même nombre d'éruptions dues à des agents irritants, d'origine animale, végétale ou minérale, sont nettement favorisées par un substratum diathésique : une simple application de teinture d'iode est suivie d'un prurit intense et localisé au territoire révulsé (observation de Max Schede, *Arch. für Chir.* Année 1872). Même phénomène s'observe chez une fillette soignée pour un pseudo-rhume avec bronchite : la poitrine, en avant et en arrière, est recouverte de teinture d'iode; mais se déclare bientôt une varicelle, dont la bronchite, du reste, n'était que le prodrome, et l'éruption partout ailleurs classique, c'est-à-dire vésiculo-bulleuse, devient franchement pustuleuse, se variolise aux endroits badigeonnés (communication orale du docteur Desoil). Qui ne connaît enfin les localisations des syphilides aux points soumis à des causes d'irritation aiguës ou chroniques, passagères ou durables (*Syphilis et irritation*. Crépin, Thèse de Lille, 1892. Charmeil, *Echo médical*, 1897), ou aux territoires affaiblis par des lésions nerveuses centrales ou périphériques (Charmeil, *Echo médical*, 1897. Boulogne, Thèse de Lille, 1897)? C'est un fait analogue que nous désirons rapporter maintenant et qui nous est fourni par l'observation d'un malade actuellement en traitement dans le service du professeur Combemale.

D... Oscar, 49 ans, entre dans la salle Ste-Catherine, le 26 janvier dernier, pour de la toux et un point de côté à gauche. Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires. Lui-même, homme de constitution robuste, n'a guère été malade : il faut retenir, toutefois, de son passé morbide, des accès de fièvre paludéenne en Algérie : pas de syphilis ni de blennorrhagie, pas d'attaques rhumatismales. Ajoutons que notre homme avoue des habitudes alcooliques invétérées.

Etat actuel. — A la suite d'un accident (chute d'un premier étage) survenu en janvier 1898, qui lui fractura une côte à droite et causa de nombreuses contusions, notamment au vertex, le malade entra à l'hôpital de la Charité, dans un service chirurgical. Quelques jours plus tard, se déclarait une pleurésie gauche qui nécessita son passage dans nos salles. Après une thoracentèse commandée par l'abondance de l'épanchement, les signes stéthoscopiques allèrent s'amendant : matité remplacée par de la submatité; murmure vésiculaire reparu, quoique très affaibli et lointain. Malgré cette apparente amélioration, le retour à la santé ne s'est point effectué : l'état général s'est peu à peu modifié et assombri ; la voix, déjà rauque, s'est éteinte ; les sueurs nocturnes sont apparues, l'amaigrissement s'est révélé constant et marqué; des troubles névritiques enfin ont complété la scène de cet envahissement du bacille de Koch. C'est dans le cours de cette tuberculisation pulmonaire secondaire qu'il nous a été donné d'observer un fait qui, comme on va le voir, se rapproche de ceux relatés plus haut.

Chaque jour, vers cinq heures de l'après-midi, le malade présentait une véritable crise sudorale qui durait plusieurs heures et laissait à sa suite une éruption de fines vésicules, entourées d'une petite auréole congestive, disséminées sur le thorax, l'abdomen, et les bras, mais confluentes et très nombreuses en deux endroits, à droite dans le prolongement de la ligne axillaire, et à gauche, à la base du poumon de ce côté. Ces deux derniers points avaient été recouverts d'un vésicatoire placé par le malade lui-même, avant son entrée à l'hôpital. Cette éruption de miliaire rouge fut suivie de prurit intense, au point de provoquer de l'insomnie, et ce furent encore les territoires antérieurement révulsés qui devinrent le siège électif des démangeaisons et des grattages. La peau, à ce niveau, de qualité inférieure sans doute, avait été le point d'appel de ces localisations éruptives et prurigineuses.

Intérêts Professionnels

De l'étendue du privilège du médecin pour frais de la dernière maladie.

On sait qu'en vertu de l'art. 2101. 3° C civ., modifié par la loi du 30 novembre 1892, art. 12, le médecin jouit d'un privilège pour le recouvrement des honoraires qui peuvent lui être dus relativement à la maladie qui a précédé, soit le décès de son client, soit un événement quelconque, déconfiture, faillite, liquidation judiciaire, par exemple, qui nécessite la liquidation du patrimoine de ce débiteur. Mais la loi de 1892 est loin d'avoir tranché toutes les questions que soulève l'étendue de ce privilège; et beaucoup sont l'objet de controverses sur lesquelles nous aurons peut-être l'occasion de revenir. Il en est une que nous signalons aujourd'hui, parce qu'on peut espérer la voir prendre fin depuis que, soumise à la Cour de cassation, elle a été tranchée par cette Cour dans un arrêt du 3 août 1897 (*Pand.fr.*, 98,1,6). C'est celle de savoir si la maladie à propos de laquelle le privilège peut être réclamé, est uniquement la maladie du débiteur lui-même, ou bien aussi la maladie de l'un des membres de sa famille, femme, enfants, père et mère, par exemple.

Sur cette question, les auteurs se sont divisés en deux camps à peu près égaux, soit quant au nombre et à l'autorité des partisans, soit q ant à la force et à la valeur des arguments mis en avant par chaque partie.

De même en ce qui concerne la jurisprudence, pour ne pas remonter bien haut et ne parler que des décisions les plus

récemment reproduites par les recueils judiciaires, on trouvera deux jugements intervenus à quatre jours d'intervalle, et qui ont statué en sens opposés. Le tribunal de commerce de Besançon a admis, le 22 juin 1895, l'extension du privilège ; et le tribunal de commerce de Saint-Malo a consacré, le 26 juin 1895, la restriction du privilège (*Pand. fr.* 96, II, 321).

Le 20 novembre 1896 (*Sirey*, 97, II, 251), le tribunal de commerce de Cherbourg se rangea à l'opinion du tribunal de Besançon dans l'espèce suivante. Le docteur Hubert demandait à faire valoir son privilège, au passif d'une faillite de son client, pour une somme de 335 fr., montant de ses « honoraires pour soins donnés à ce dernier et à sa famille », avant la déclaration de faillite. Le syndic voulait faire une ventilation, et n'admettre que le montant des honoraires pour soins donnés à la personne même du failli, à l'exclusion des honoraires afférents aux soins donnés aux autres membres de la famille. Le tribunal fit droit à la demande du médecin : « Considérant, dit-il, que les termes du § 3 de l'article 2101 C. civ., sont très généraux et ne disent pas expressément qu'ils ne s'appliquent qu'au débiteur seul ; qu'il y a lieu, en l'absence d'une doctrine et d'une jurisprudence constante sur ce point, d'interpréter le vœu de la loi au moyen de la disposition du § 5, relatif aux subsistances fournies ; que l'analogie entre les deux cas est frappante et que l'on ne saurait comprendre que le créancier, qui a contribué à assurer la vie du débiteur et de sa famille par des subsistances fournies, fût placé dans une situation plus favorable que celle du médecin qui a pu la leur conserver par ses soins. » Ce sont là, en effet, les considérations invoquées par les partisans du système de l'extension du privilège.

Mais ce système n'a pas trouvé grâce devant la Cour de cassation, qui a décidé, dans l'arrêt précité, du 3 août 1897, que « si la loi du 30 novembre 1892, modifiant l'art. 2101 Code civil, déclare privilégiés les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison, elle n'a considéré que la maladie du débiteur sans s'occuper de celle des membres de sa famille. » Pure affirmation, sans doute, et que la Cour suprême n'a pas pris la peine de justifier, mais qui se justifie aisément.

Le principe, qui doit servir de point de départ, c'est que les privilèges, modifiant la règle générale d'après laquelle les biens d'un débiteur deviennent le gage commun de tous ses créanciers, sont de droit étroit et ne peuvent être étendus au-delà des cas pour lesquels ils ont été limitativement établis. Or l'art. 2101 § 3° n'établit le privilège du médecin que pour les frais de « la dernière maladie » ; voilà des termes qui se rapportent nécessairement à une personne déterminée, laquelle ne peut être que le débiteur, — des termes qui ne peuvent viser les maladies des enfants ou proches parents du débiteur.

D'autre part, cette restriction du privilège du médecin a été voulue par le législateur. En 1885, un certain nombre d'associations médicales avaient porté devant le Sénat une pétition par laquelle elles demandaient que l'art. 2101 C. civ. fût modifié à deux points de vue : 1° en accordant le privilège, quelle qu'ait été la terminaison de la maladie ; 2° en accordant ce privilège, non seulement pour la maladie du débiteur lui-même, mais encore pour les maladies des enfants ou des proches parents du débiteur.

Or, le législateur de 1892 a bien fait droit à la première partie de ce vœu, mais il n'a pas été question de la seconde partie dans les travaux préparatoires, et il n'en est pas question dans la loi du 30 novembre 1892. On doit en conclure que le législateur a refusé volontairement, en connaissance de cause, de consacrer l'extension qui lui était demandée par les pétitionnaires de 1885. Autrement il eût évidemment adopté pour le § 3 de l'art. 2101 la rédaction claire et précise du § 5 de ce même article.

Donc, pas de privilège pour le médecin relativement à la dernière maladie de toute autre personne que le débiteur lui-même dont le patrimoine est mis en liquidation. Telle est la doctrine qui s'impose, dans l'état actuel de la législation et de la jurisprudence.

Dans l'arrêt du 3 août 1897 que nous venons de commenter, la Cour suprême s'est montrée plus rigoureuse encore. En l'espèce, la créance réclamée à la faillite était une créance de médicaments « commandés *par le failli.* » Or, la Cour de cassation subordonne l'admission de cette créance à la condition que le pharmacien prouve que la maladie, pour laquelle il a fourni ces médicaments, est la maladie du failli lui-même plutôt que celle de l'un des membres de sa famille. De sorte que, faute d'avoir pu faire cette preuve, le pharmacien vit écarter sa créance tout entière. (Trib. comm. Tours, 15 novembre 1895).

Conclusion pratique. Il est de l'intérêt du médecin, quand il fournit une note d'honoraires afférents à une dernière maladie, de spécifier qu'il s'agit de soins donnés au débiteur lui-même. Tout au moins le médecin doit-il se ménager la possibilité de prouver, par les moyens de preuve ordinaires, que les soins ont été donnés par lui au débiteur, au chef de famille, et non pas seulement aux membres de la famille. *Dura lex, sed lex !*

J. Jacquey.

VARIÉTÉS

Contre la tuberculose

Un journal américain, le *Denver Republican*, signale à l'attention des médecins la découverte d'un de ses concitoyens qui croit avoir trouvé un moyen sérieux de se préserver de la tuberculose.

Cet observateur regarde comme indiscutable le fait suivant qui résulte, dit-il, de recherches prolongées, c'est que jamais un sujet privé d'un bras ou d'une jambe ne devient phtisique. De ce fait il déduit aussitôt en esprit logique qu'aux nombreux remèdes préconisés contre la phtisie il y a lieu d'adjoindre l'amputation d'un membre comme un excellent moyen préventif. Et il livre gratuitement cette précieuse idée aux réflexions du monde médical.

Le malheur est qu'il n'en a pas la primeur. Déjà, dans le *Malade imaginaire*, Toinette déguisée en médecin dit à Argan :

— Voilà un bras que je me ferais couper tout à l'heure, si j'étais que de vous.

— Et pourquoi ?

— Ne voyez-vous pas qu'il tire à lui toute la nourriture et qu'il empêche ce côté-là de profiter ?

ANALYSES

Observations et faits cliniques (extraits de la *Policlinique*, 1897), par le docteur GODART-DANHIEUX, Bruxelles 1898, Bulens.

Sous ce titre sans prétention, M. le docteur GODART-DANHIEUX a eu l'heureuse idée de réunir en une quarantaine de pages de fort intéressantes observations parues dans la *Policlinique* durant l'année 1897. Toutes ont trait aux affections stomacales, pour lesquelles l'auteur et ses assistants, MM. DECOSTER et VANDAMME, ont une prédilection justifiée. L'intérêt de leur lecture en est très grand et nous croyons devoir en faire part à nos lecteurs.

L'auteur, dans *quelques cas de troubles gastriques d'origine traumatique*, fait voir que ces troubles peuvent revêtir la forme gastralgique purement nerveuse ou celles d'une maladie de l'estomac plus complexe, caractérisée par les altérations profondes et durables dans le fonctionnement sécrétoire. Les avatars de ces maladies suffisent à prouver que cette question est loin d'être connue des médecins les plus instruits.

Après avoir montré, par dix observations, que le *massage* est un excellent moyen thérapeutique *dans diverses affections des voies digestives*, M. DECOSTER ajoute : « Loin de nous la pensée de faire de la gymnastique médicale une panacée qui guérit tous les troubles dyspeptiques ; évidemment on rencontrera parfois des cas rebelles, mais il n'en est pas moins vrai que c'est là un adjuvant précieux que l'on aurait tort de négliger et que des perfectionnements dans les méthodes employées appelleront à un grand avenir. » On ne saurait mieux dire.

Les troubles gastriques du début de la tuberculose fournissent à M. VANDAMME l'occasion de proclamer qu'en présence du peu de constance des symptômes et de la diversité de type chimique de ces gastrites, on ne peut pas les considérer comme une forme spéciale à la tuberculose. « Il est bien plus rationnel, dit-il, de considérer ces troubles comme étant d'ordre réflexe et provoqués par l'évolution de la tuberculose, laquelle a produit chez ces sujets un affaissement nerveux, une véritable neurasthénie.

Un entretien clinique sur le vomissement, quelques faits cliniques relatifs à un cas d'œsophagisme dû à l'hyperchlorhydrie, à une splanchnoptose généralisée simulant la lithiase biliaire terminent cet opuscule auquel on peut appliquer, en le modifiant légèrement, l'aphorisme : « *non numeratæ, sed perpenditæ fuerunt observationes.* »

Dr F. C.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Déclaration d'utilité publique de l'Institut Pasteur

Nous apprenons avec plaisir que, par décret présidentiel du 1er avril 1898, l'Institut Pasteur de Lille vient d'être déclaré d'utilité publique, ce qui permet à cet établissement, dont la prospérité intéresse tant notre région, de recevoir les dons ou legs et de s'administrer lui-même sous le contrôle de l'Etat.

Nous publions ci-après les statuts qui régissent l'établissement.

STATUTS

CHAPITRE PREMIER.

Objet de l'Institution.

Article premier. — L'Institut Pasteur de Lille, créé en date du 9 novembre 1894 par la Ville de Lille, à l'aide de fonds recueillis par souscription publique dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, a pour objet :

1° La préparation des sérums thérapeutiques et des vaccins préventifs des maladies virulentes et contagieuses de l'homme et des animaux ;

2° La délivrance, à titre gratuit, des sérums thérapeutiques et des vaccins aux établissements hospitaliers et aux services d'hygiène ou d'assistance médicale gratuite de la région du Nord ;

3° Le traitement de la rage après morsures, d'après la méthode Pasteur ;

4° L'étude des maladies virulentes et contagieuses de l'homme et des animaux ;

5° L'étude des applications industrielles et agricoles de la microbiologie ;

6° L'enseignement des méthodes bactériologiques appliquées à la médecine et à l'industrie.

CHAPITRE II.

Administration et Fonctionnement.

Art. 2. — La direction de l'Institut Pasteur de Lille est confiée à un Directeur assisté d'un Conseil d'administration et de perfectionnement.

Le Conseil d'administration et de perfectionnement se compose :

1° Du Maire de Lille, président de droit ;

2° De onze membres élus par le Conseil Municipal après chaque renouvellement de cette assemblée ;

3° De sept Conseillers généraux élus par le Conseil général du Nord après chaque renouvellement de cette assemblée.

4° D'un Membre élu par le Conseil général du Pas-de-Calais après chaque renouvellement de cette assemblée ;

5° De Membres fondateurs en nombre illimité. La qualité de Membre fondateur s'acquiert dans les conditions précisées par l'art. 4 des présents statuts.

En cas de décès ou de démission d'un Membre du Conseil d'administration, il sera pourvu à son remplacement dans les deux mois et dans les conditions ci-dessus spécifiées. La durée des fonctions de ce nouveau Membre prend fin à l'époque où aurait normalement expiré le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 3. — Le nombre des Membres du Conseil d'Administration est fixé à vingt-et-un au minimum.

Outre les Membres désignés ou élus conformément à l'article qui précède, le Conseil peut s'adjoindre d'autres Membres dont l'admission sera prononcée par lui à la majorité des suffrages.

Art. 4. — Les personnes qui effectuent une donation de 50,000 francs au moins en capital, ou de 2,000 francs de rente à l'Institut peuvent être élues par le Conseil d'administration, sur leur demande, Membres fondateurs de l'Institut Pasteur de Lille. Elles font alors partie, de droit et à vie, du Conseil d'Administration.

Art. 5. — Le Conseil d'administration choisit, parmi ses Membres, un Vice-Président, un Secrétaire et un Trésorier. La présence du tiers au moins des Membres du Conseil est nécessaire pour la validité des délibérations.

En cas d'absence du Président et du Vice-Président, le Conseil est présidé par le plus âgé des Membres présents.

En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Il est tenu procès verbal des séances. Les procès-verbaux sont signés par le Président et par le Secrétaire.

Art. 6. — Le Directeur de l'Institut est nommé pour dix ans par le Conseil d'Administration, à la majorité absolue des Membres qui le composent. Le Directeur sortant est rééligible.

Art. 7. — Les fonctions de Membre du Conseil d'administration et de perfectionnement sont gratuites.

Art. 8. — Le Conseil d'administration et de perfectionnement de l'Institut se réunit en séance ordinaire au moins deux fois par an, et en séance extraordinaire sur la proposition de son Président ou sur la demande du Directeur.

Le Conseil peut être convoqué sur la demande du tiers des Membres de l'Assemblée.

L'ordre du jour est réglé par le Conseil.

Art. 9. — Dans la séance de fin d'année, le Directeur soumet au Conseil d'administration et de perfectionnement, pour l'année suivante, le projet de budget des recettes et des dépenses pour les services de l'Institut.

Le Directeur soumet également au Conseil d'administration les comptes de l'exercice clos, qui sont présentés à cette Assemblée par le Trésorier, avec pièces justificatives à l'appui.

Le Conseil délègue un ou plusieurs de ses Membres pour l'examen de sa comptabilité.

Art. 10. — Les dépenses sont ordonnancées par le Directeur, qui représente l'Institut en justice et dans les actes de la vie civile ; il ne peut toutefois intenter aucune action sans y avoir été autorisé par un vote spécial du Conseil.

Le trésorier encaisse les recettes et acquitte les dépenses. Les comptes de sa gestion sont soumis au contrôle du Préfet.

Art. 11. — Les délibérations du Conseil d'Administration relatives à l'acceptation des dons et legs, aux acquisitions et échanges d'immeubles et aliénation de valeurs dépendant du fond de réserve, ne sont valables qu'après l'approbation du Gouvernement.

Chapitre III

Ressources annuelles et fonds de réserve

Art. 12. — *Les ressources annuelles* de l'Institut Pasteur de Lille comprennent :

1° Les revenus du fonds de réserve ;

2° Les subventions annuelles que l'Institut reçoit de la ville de Lille, du Conseil général du Nord, du Conseil général du Pas-de-Calais et de l'Etat ;

3° Les libéralités faites par les personnes qui ont reçu des soins à l'Institut ;

4° Le produit des libéralités dont l'emploi immédiat a été prescrit, les ressources créées à titre exceptionnel et, s'il y a lieu, avec l'agrément de l'autorité compétente.

5° Les bénéfices résultant de la livraison, en France et à l'étranger, de tous les sérums et des vaccins préparés dans l'Institut ;

6° Le produit des indemnités payées par les élèves, par les médecins ou par les industriels qui seraient admis à travailler dans les laboratoires de l'Institut ;

7° Le produit des analyses et des travaux divers effectués à l'Institut pour le compte des médecins, des industriels et des particuliers ;

8° Le produit des bourses fondées à l'Institut par l'Etat, par les gouvernements étrangers, par les assemblées départementales et communales ou par les particuliers ;

9° Enfin, le revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à l'établissement.

Art. 13. — Le *fonds de réserve* comprend : 1° La dotation ;

2° Le dixième au moins du revenu net des biens meubles et immeubles de l'établissement ;

3° Le capital provenant des libéralités, à moins que l'emploi immédiat n'en ait été autorisé.

Art. 14. — Le fonds de réserve est placé en rentes nominatives 3 % sur l'Etat ou en obligations nominatives de chemins de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'État.

Il peut également être employé en acquisitions ou en construction d'immeubles, pourvu que ces immeubles soient nécessaires au fonctionnement de l'Institut.

Chapitre IV

Modification des statuts et dissolution

Art. 15. — Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du Conseil ou sur celle du quart au moins des membres qui le composent.

Dans ce dernier cas, la proposition est soumise individuellement à chacun des Membres du Conseil un mois avant la séance où elle viendra en délibération.

Le Conseil ne délibère sur la modification à apporter que s'il réunit la moitié plus un de ses Membres.

Les statuts ne peuvent être modifiés qu'à la majorité des deux tiers des Membres présents, et la délibération de l'Assemblée est soumise à l'approbation du Gouvernement.

Art. 16. — Dans les cas où l'Institut Pasteur de Lille devrait cesser d'exister, le Conseil d'administration délibère sur l'attribution de l'actif disponible à un ou plusieurs établissements analogues reconnus d'utilité publique, ou à un établissement d'enseignement supérieur appartenant à la Ville de Lille ou à l'Etat.

Cette délibération n'a d'effet qu'après approbation par le Gouvernement.

Les terrains et les immeubles occupés par l'Institut deviennent la propriété de la ville de Lille.

Dans le cas où, le Conseil d'Administration n'ayant pas pris les mesures indiquées, un décret interviendrait pour y pourvoir, le détenteur des fonds, titres, livres et archives appartenant à l'Institut s'en dessaisirait valablement entre les mains du commissaire liquidateur désigné par ledit décret.

Chapitre V

Règlement intérieur et surveillance

Art. 17. — L'administration intérieure de l'Institut appartient à son Directeur, seul responsable de l'organisation et du fonctionnement des divers services techniques.

Art. 18. — Un règlement général adopté par le Conseil d'administration et de perfectionnement, à la majorité absolue des Membres qui le composent, arrête les conditions de détail propres à assurer l'exécution des présents statuts.

Ce règlement est soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur.

Il peut toujours être modifié dans la même forme.

Art. 19. — Le Ministre de l'Intérieur a le droit de faire visiter l'Institut par ses délégués et de se faire rendre compte de son fonctionnement.

Art. 20. — Le Directeur de l'Institut adresse chaque année, en double exemplaire, au Préfet du Nord, pour être transmis au Gouvernement :

1° Les rapports et comptes-rendus de l'Institut ;

2° Le bilan de la situation financière et le budget de l'exercice en cours arrêté par le Conseil d'administration ;

3° Les publications faites au nom de l'Institut Pasteur de Lille.

Notre rédacteur en chef, le professeur COMBEMALE a été élu, vendredi dernier 6 mai, **membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux**. A cette occasion le Comité de rédaction de l'*Écho Médical du Nord* lui adresse tous ses compliments et ses sincères félicitations.

CONCOURS D'AGRÉGATION *(chirurgie et accouchements).*

Les questions suivantes sont sorties à l'épreuve d'une heure après 48 heures de préparation :

MM. TAILHEFER. De la pyogénie.
IMBERT. Des arthropathies syphilitiques.
FAURE. Des luxations irréductibles et des interventions que l'on peut leur opposer.
ANDRÉ. Indications de la néphrotomie.
NOVÉ-JOSSERAND. De la gangrène sénile et des différentes causes qui peuvent produire la gangrène sèche des extrémités.
BÉRARD. De la tuberculose osseuse aux divers âges de la vie.
PILLON. Des adénopathies malignes primitives et secondaires.
GAYET. Nature du cancer.
BÉGOUIN. Indications et résultats de la gastro-entérostomie et de l'entéro-anastomose.
CHAVANNAZ. Désordres du système nerveux d'origine traumatique, accidentelle et opératoire.
ALBERTIN. Des ruptures de la vessie.

———

Parmi les délégués français au **IVe Congrès international de zoologie** qui se tiendra à Cambridge (Angleterre), le 23 août 1898 et les jours suivants, nous relevons le nom de notre co-rédacteur, le professeur Th. BARROIS. Nous lui adressons à cette occasion toutes nos félicitations.

NOMINATIONS

Ont été nommés, après concours, chirurgiens des hôpitaux de Paris : MM. les docteurs MORESTIN et SOULIGOUX.

En Russie

Le Bulletin des Lois publie une ordonnance impériale accordant aux femmes médecins le droit de faire partie des services de l'Etat. *(Journal des Débats.)*

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DAVAINNE, de Paris; J.-A. MARTIN, de Troyes (Aube); PIERRE, ancien médecin de la marine; DESTIVAL, de Miradoux (Gers); DEZANNEAU, d'Angers (Maine-et-Loire), correspondant de l'Académie de Médecine.

M. GAUME, externe des hôpitaux de Lyon, victime de son dévouement aux malades.

MM. S. GORDON, président du collège royal de Dublin; SCHILEACH, professeur de chirurgie, à Iéna; MARIANELLI, professeur de dermatologie, à Modène; KRASSOWSKI, professeur d'obstétrique, à Saint-Pétersbourg; MARSHALL, ancien professeur de médecine légale, à Bristol; LOPEZ UTINGUASSU, professeur extraordinaire de physiologie, à Rio-de-Janeiro.

M. SOUILLART, professeur d'astronomie à la Faculté des Sciences, mort le 9 mai, à 70 ans. Des funérailles solennelles, dignes de cet homme de bien, lui ont été faites, auxquelles assistaient en corps les Facultés et de nombreux docteurs.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

19e SEMAINE DU 8 AU 14 MAI 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	3
3 mois à un an	3	3
1 an à 2 ans	5	2
2 à 5 ans	2	7
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	6	13
40 à 60 ans	9	3
60 à 80 ans	10	8
80 ans et au-dessus	1	4
Totai	45	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	3	»	»	1	»	»	3	10	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	6	11	9
Moulins, 24,947 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	2	»	1	1	»	»	»	»	»	1	»	4	11	9
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	2	1	3	»	»	4	»	1	»	»	»	7	19	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	1	»	»	»	1	»	5	11	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	6	14
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	3	6	3
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	2	»	»	1	1	»	»	»	»	2	9	21
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5
Total	»	5	»	»	»	»	»	3	10	5	9	1	»	14	2	1	1	2	»	36	89	110

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25 Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 72. Deuxième Année, N° 22. Le Numéro : **10** centimes. 29 Mai 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — Congrès de médecine de Montpellier. — TRAVAUX ORIGINAUX : Sur un cas de faux diabète hystérique, par le docteur **G. Carrière**, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Lille. — Médication thyroïdienne et arsenic, par **G. Bédart**, professeur-agrégé de physiologie et **L. Mabille**, préparateur, moniteur des travaux pratiques. — FAITS CLINIQUES : Eruption médicamenteuse par le sublimé en applications externes, par **M. Leclercq**, externe des hôpitaux. — Intérêts professionnels : Responsabilité médicale; Faute lourde; Accouchement. — Nouvelles et informations. — Statistique sanitaire de la ville de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M. GIBERT propose que l'on demande aux préfets de faire désinfecter les logements des phtisiques après décès. Il fait remarquer qu'au Hâvre, il y a des rues où la phtisie n'existe pas et d'autres où il y a 13 décès par an pour 1.000 habitants. Cela tient à ce que dans les premières, les maisons sont séparées les unes des autres. Dans tous les quartiers où le sous-sol est argileux et, par suite, imperméable, le choléra, la diphtérie, la tuberculose font beaucoup plus de ravages.

M. LAVERAN dit que la tuberculose latente est très fréquente dans l'armée. Les mesures prophylactiques n'ont pu être appliquées utilement et on est revenu aux balayages simples.

M. FERRAND montre que la déclaration des maladies contagieuses est soumise à de nombreuses difficultés. Que serait-ce si on voulait étendre la loi de 1892 à la tuberculose? Ce n'est pas le médecin qui devrait être chargé de la déclaration, mais bien la famille et l'entourage du malade.

M. COLLIN croit qu'il est nécessaire, en ce qui concerne l'armée, de s'occuper de la réfection des parquets, de la désinfection des locaux, de la construction de nouveaux réfectoires. On admet qu'un tiers des sujets qui se présentent au conseil de revision ont une tare tuberculeuse; on n'en dispense que 2 à 3 %, et il y a ainsi nécessairement de nombreux phtisiques dans l'armée.

⁂ M. PANAS communique le résultat des recherches faites sous sa direction par M. SCRINI sur la valeur des huiles d'olives et d'arachides, comme véhicules des alcaloïdes employés en thérapeutique oculaire.

⁂ M. BOUCHACOURT présente des épreuves radiographiques obtenues par la méthode de l'endodiascopie interne. Il introduit le tube de CROOKES dans les cavités naturelles pour examiner directement à l'écran fluorescent, sur la surface du corps, les images formées par les tissus denses impressionnés par les rayons de RÖNTGEN. L'innocuité de cette méthode est bien démontrée.

⁂ M. KIRMISSON a opéré un enfant de dix jours chez qui on avait pratiqué un anus artificiel iliaque pour imperforation de l'anus. Cet enfant présentait un prolapsus intestinal de 9 centimètres. Ce prolapsus fut réduit : l'orifice anal fut débridé en arrière jusqu'au coccyx et l'anus artificiel fermé.

A la **Société de Biologie**, MM. BÉDART et MABILLE ont supprimé, par l'arsenic, les symptômes nerveux et le tremblement causés, chez le chien, par l'ingestion d'une certaine quantité de glande thyroïde.

Nous reproduisons ci après l'intéressante communication de nos collaborateurs.

*** MM. LAGUESSE et d'HARDIVILLER présentent une note sur la topographie du lobule pulmonaire.

*** M. QUINTON rappelle que BOSC et VEDEL ont avoué que, l'eau de mer étant légèrement toxique, le sérum artificiel demeure la solution de choix à employer en thérapeutique. Mais ils n'ont pas tenu compte de l'isotonie et ils ont introduit dans l'organisme une dissolution dont la pression osmotique était quintuple de la pression osmotique cellulaire Ils ont déterminé ainsi une désorganisation cellulaire d'ordre mécanique. Les accidents sont de même ordre que ceux qu'on produit en soumettant un animal à une pression de cinq atmosphères. M QUINTON rappelle qu'il a fait vivre 28 heures dans la solution marine les leucocytes des mammifères qu'on n'avait jamais pu faire vivre dans aucun milieu artificiel L'eau de mer parait donc présenter une supériorité physiologique sur la solution de chlorure de sodium.

*** M. GLEY a vu que le foie, la rate, le sang renferment de l'iode comme la thyroïde et les glandules parathyroïdiennes. Le sang humain en contient jusqu'à 0 millig. 26 pour 100 centim. cubes.

*** MM. LEROY-DESBARRES et WEINBERG ont vu se développer, à la suite d'une chute sur le périnée, une orchi-épididymite à marche rapide, chez un homme indemne de toute infection urétrale. Elle était due au pneumobacille de FRIEDLANDER.

*** M. PACHON montre que, chez la grenouille, l'intoxication cocaïnée entraine l'arythmie du cœur et que l'animal meurt rapidement en systole ventriculaire et diastole auriculaire.

*** M. LEFAS, dans un cas de néphrite saturnine terminée par urémie, a constaté dans le pancréas deux sortes de lésions : une sclérose intralobulaire et des lésions cellulaires dégénératives relevant probablement de l'intoxication urémique.

*** M. JOLLY dit que les cellules éosinophiles du sang de l'homme sont douées d'activité amiboïde En outre, elles possèdent, en plus de leurs granulations, des caractères morphologiques particuliers concernant leur noyau (deux masses nucléaires circulaires ou ovoïdes réunies par un filament).

*** MM. WEISS et CARVALHO ont étudié les fibres musculaires blanches et rouges isolées du lapin après injection de vératrine. L'excitation musculaire donne au myographe un tracé particulier. L'excitabilité persiste quelque temps après l'abolition des pulsations cardiaques.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. NETTER annonce que, depuis la dernière séance, il a retrouvé le pneumocoque dans cinq cas nouveaux de méningite cérébro-spinale, dont quatre primitives. Une fois, le méningocoque présentait absolument la disposition intra-cellulaire du microbe de WEISCHSELBAUM et cependant l'identité avec le pneumocoque lancéolé en capsule ne saurait être mise en doute.

M. GALLIARD a observé une méningite cérébrale à pneumocoques sans pneumonie, il y a cinq mois et demi. M. TROISIER vient de voir un cas de méningite cérébro-spinale chez un homme de 43 ans. M. BÉCLÈRE a soigné récemment un malade du même genre.

*** MM. MARIE et SAINTON présentent un nouveau cas d'une affection caractérisée par un aspect de la tête fort singulier : persistance des fontanelles, bosses frontales saillantes,, accentuation considérable du diamètre transverse, prognathisme et défaut de soudure de la voûte palatine : les clavicules se montrent sous la forme de deux fragments non soudés entre eux. Quatre cas sont connus de cette dysostose cleido-crânienne qui est héréditaire.

*** MM. MARIE et ROQUES présentent une malade offrant le syndrome d'ERB : ptosis gauche, nasonnement, troubles de la déglutition, myasthénie des membres. Ces phénomènes offrent une grande mobilité, dont les causes sont assez difficiles à déterminer.

*** MM. JACQUET et NAPIERALSKI montrent un névropathe de 30 ans, surmené et alcoolisé dès l'enfance, qui est atteint depuis 15 ans d'une névrite du membre inférieur droit portant sur le sciatique et le crural. Elle a entraîné un arrêt de développement comparable à ceux que produit la paralysie infantile et une hyperostose calcanéenne analogue à celle de la névrite blennorragique.

*** M. TROISIER attire l'attention sur le cancer du canal thoracique dont il a réuni trois cas. Ce cancer est toujours secondaire et caractérisé par la présence du tissu néoplasique dans l'intérieur du vaisseau avec infiltration de la paroi. Le canal se transforme en un cordon dur et bosselé : l'obturation en est complète dans la généralité des faits. Les caractères histologiques sont ceux de l'épithélioma des vaisseaux lymphatiques. L'envahissement du canal thoracique par le cancer se fait de proche en proche. On comprend que ce cancer amène fatalement la pénétration des éléments néoplasiques dans le sang et la généralisation ganglionnaire et viscérale de la lésion. L'adénopathie sus-claviculaire gauche peut manquer et

d'autre part, on peut l'observer sans que le canal thoracique soit atteint, du moins en apparence.

A la **Société de chirurgie**, M. TUFFIER apporte 23 ablations de l'utérus par le vagin, opérées sans pinces et sans ligatures, méthode non encore employée. Une fois que l'utérus a basculé, on place les mors de l'angiotribe et on serre la partie supérieure du ligament large que l'on coupe dans l'étendue de ce mors; puis on desserre et on enlève l'instrument; l'artère utéro-ovarienne est détruite; on continue de la sorte sur toute l'étendue du ligament large.

⁂ M. REYNIER montre un pinceau qu'il a retiré de l'estomac d'un homme qui l'avait dégluti en voulant se badigeonner le fond de la gorge avec de la teinture d'iode. Cet opéré, qui a subi la laparotomie et la gastrotomie, est aujourd'hui guéri.

⁂ M. QUÉNU ne partage pas l'opinion de M. MONOD sur la valeur curative de l'incision vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. On ne doit y recourir que lorsqu'on ne peut pas faire autrement. En érigeant la colpotomie en procédé de choix, on risque donc de s'exposer à une longue série de déboires.

⁂ M. NIMIER a observé chez des soldats, au Tonkin, des accès de vésanie à la suite de blessures peu graves par armes à feu. Il y eut alors une véritable épidémie due au surmenage causé par les marches forcées.

M. BERGER divise en plusieurs catégories les malades affligés de folie dite post-opératoire. Il met d'abord à part les sujets dont l'état mental est compromis avant l'opération. Viennent ensuite ceux qui sont atteints d'un délire passager dû aux anesthésiques, à la peur ou à la septicémie. Restent les troubles mentaux persistants ou même définitifs après la guérison opératoire. Ils sont tout à fait rares.

⁂ M. KIRMISSON montre deux petits malades atteints de tuberculose chirurgicale et guéris par les injections d'éther iodoformé. MM. BRUN, POIRIER et CHAMPIONNIÈRE ne croient pas à la réalité de cette guérison.

⁂ M. BRUN montre une très belle radiographie recueillie sur une fillette de 13 ans, qui paraissait atteinte de luxation congénitale double de la hanche. C'est en réalité un cas typique de coxa vara, affection à peine connue en France.

⁂ M. QUÉNU montre un homme, aujourd'hui complètement guéri, auquel il a ouvert le ventre pour un ensemble de symptômes qui avaient fait porter le diagnostic d'occlusion des voies biliaires. Au cours de l'intervention, il constata que la vésicule était augmentée de volume; mais il lui fut impossible de trouver trace de calculs, pas plus dans celle-ci que dans le cholédoque. Il se contente donc de pratiquer le massage de ce canal et d'aboucher la vésicule à l'estomac.

⁂ M. POIRIER montre la radiographie d'un malade chez lequel, il y a trois ans, il a remplacé le tibia nécrosé par le péroné; l'enfant a grandi dans tous les segments de ses membres inférieurs, y compris la jambe opérée.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. MOTY présente de nouveau un malade que la Société connaît bien et qu'il a trépané pour des accidents méningitiques; ces accidents (méningite ou méningisme) ont aujourd'hui disparu; cependant de temps à autre il y a encore des signes d'infection du côté des méninges; poussée fébrile, céphalalgie violente, diplopie; sur la peau sont apparues un peu partout, mais principalement sur le membre supérieur gauche, de petites taches maculeuses et papuleuses d'origine trophoneurotique, suivant M. MOTY; ce membre supérieur gauche a deux centimètres de circonférence en moins que le droit, il est un peu plus froid.

⁂ M. AUSSET montre un enfant de dix mois atteint d'hématomes multiples sous périostés des quatre membres (scorbut infantile, maladie de BARLOW). Les antécédents héréditaires sont nuls et la syphilis n'est pas en cause; depuis l'âge de trois mois l'enfant a une gastro-entérite, aujourd'hui devenue chronique par vice d'alimentation; l'enfant est entré à l'hôpital il y a 15 jours. Depuis quelques jours la mère avait remarqué que l'enfant pleurait chaque fois qu'on lui touchait un membre, puis bientôt elle constata sur les membres des tuméfactions volumineuses, la première apparut à la cuisse gauche, elle était grosse comme un œuf, correspondait à la ligne diaphyso-épiphysaire, formant un manchon dur, faisant partie du squelette; sur les autres membres siégeaient des tumeurs semblables mais moins grosses; l'enfant se tenait dans son lit immobile et comme paralysé, la palpation étant très douloureuse; depuis, grâce à une alimentation régulière, l'amélioration est très sensible et les tumeurs ont diminué de volume.

⁂ M. CARLIER présente un malade atteint d'une cystocèle inguinale. Il s'agit d'un homme âgé de 66 ans, très obèse, chez lequel la hernie de la vessie serait survenue vers l'âge de 40 ans, à la suite d'un effort. Cette hernie est purement vésicale, elle ne contient ni intestin

ni épiploon, et n'est nullement douloureuse. La miction ne s'effectue entièrement que si le sujet prend le soin de comprimer avec la main la hernie, ce que fait d'ailleurs le malade à chaque miction. Par contre, en injectant du liquide dans la vessie par la sonde, on voit très bien la portion vésicale herniée se distendre et former tumeur à la partie supérieure des bourses.

Cet homme a eu récemment une rétention d'urine occasionnée par un assez gros calcul du volume d'un haricot, qui s'était engagé dans l'urèthre lors de la miction et qui s'était cantonné dans la fosse naviculaire par étroitesse du méat. Comme cet homme a déjà éliminé un calcul, il est permis de craindre qu'il ne se forme un jour ou l'autre des calculs dans le diverticulum vésical hernié. Mais cet homme est si bien portant, il souffre en réalité si peu de son infirmité, qui date déjà de vingt-six ans, que M. CARLIER n'a pas cru devoir lui proposer une intervention. Il prie d'ailleurs ses collègues de la Société, après examen du malade, de vouloir bien infirmer ou confirmer cette manière de voir.

*** M. COLLE présente une méningo-encéphalocèle congénitale enlevée à un enfant de deux mois. La tumeur avait été observée immédiatement après la naissance, et le médecin avait remarqué cette poche transparente, pédiculisée, communiquant avec le crâne par un pertuis grand comme une pièce de 50 centimes. La tumeur alla rapidement en augmentant, si bien qu'à l'âge de deux mois son volume égalait celui de la tête. L'opération, faite suivant la méthode de BERGER, fut simple et eut des suites également simples, mais le bébé mourut quelque temps après d'athrepsie. La tumeur est constituée par la peau, les méninges et une partie du cerveau.

*** M. CARLIER présente une volumineuse tumeur de la vessie dont il vient d'opérer un malade de 64 ans, entré dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur. Cette tumeur remplissait complètement la vessie qui dépassait le pubis de trois à quatre travers de doigt. Seule, la paroi antérieure de la vessie n'était pas penvahie ar le néoplasme. L'opération dut être très rapidement faite chez cet homme profondément anémié par des hématuries et par une cystite atrocement douloureuse. La tumeur, qui présentait le volume du poing d'un adulte, avait débuté il y a quatre ans et paraît appartenir à la variété encéphaloïde du cancer.

*** M. VERHAGHE lit une intéressante observation et montre les pièces curieuses d'une atrophie considérable de l'estomac dont le volume atteint à peine celui du gros intestin. L'examen histologique montrera s'il ne s'agit pas d'une linite hypertrophique séro-muqueuse, ou du cancer infiltré de l'estomac récemment décrit.

Congrès de médecine de Montpellier

M. COMBY a dressé une statistique d'après laquelle sur 100 nourrissons hospitalisés, près de 12 seraient entachés de tuberculose. La tuberculose est infiniment rare avant l'âge de trois mois, ce qui plaide contre l'hérédité directe. La proportion s'accroît jusqu'à la seconde année, où elle atteint son maximum (38 °/₀). La caséification presque constante des ganglions trachéo-bronchiques, l'ancienneté de cette tuberculose lymphatique comparée à la jeunesse des granulations disséminées dans les viscères, dénoncent la porte d'entrée de la tuberculose infantile : c'est la voie respiratoire. Chez le jeune enfant, la phtisie pulmonaire est souvent galopante. Sur 24 malades, dix n'ont pas eu de fièvre : il s'agissait de granulie généralisée ou de cavernes. Pour tous symptômes, il y avait de la diarrhée, des vomissements, de la maigreur ; on les prenait pour des athrepsiques ou des dyspeptiques. Douze nourrissons ont eu une tuberculose fébrile et deux une phtisie ulcéreuse commune.

M. HAUSHALTER insiste au contraire sur la rareté de la tuberculose chez le nourrisson.

M. ÉTIENNE montre que la tuberculose pulmonaire apparaissant chez des hérédo-syphilitiques chétifs, infantiles, évolue cependant vers la guérison, en tous cas vers le processus fibreux, si ces individus ont été atteints d'accidents tardifs, de type tertiaire. C'est donc bien à la syphilis héréditaire tardive, agissant comme la syphilis tertiaire acquise, qu'il faut attribuer cette réaction sclérogène des tissus vis-à-vis de la tuberculose.

*** MM. AUCHÉ et CHAMBRELENT étudient un cas de transmission de la tuberculose par voie transplacentaire. Le placenta présentait un grand nombre de tubercules caséeux. L'enfant mourut à 26 jours, avec des tubercules des poumons, du foie, de la rate, des reins, du ventricule droit. Ce seul fait suffirait à démontrer combien est peu fondée l'hypothèse de BAUMGARTEN, d'après laquelle les tissus du fœtus et du nouveau-né seraient doués d'une résistance spéciale à l'action du bacille de KOCH.

*** MM. FARISOT et SPILLMAN ont vu la tuberculose envahir une articulation préalablement lésée au cours du tabes.

*** M. COURMONT combat les assertions de NISSL et MARINESCO, qui ont cru trouver des lésions spécifiques

du tétanos dans les cellules motrices de la moelle. Ces lésions sont banales et, si tant est qu'elles soient constantes, elles n'ont aucun rapport avec la contracture tétanique Le même auteur a fait des expériences sur les urines tétaniques. Les urines deviennent convulsivantes, non à la fin de la maladie comme suite de la contracture musculaire, mais bien à la fin de la période d'incubation. Les urines sont donc convulsivantes en même temps que les symptômes apparaissent.

Elles le sont plutôt moins, lorsque le tétanos est au maximum La toxine tétanique (poison à incubation) ne passe pas dans l'urine. Le poison strychnisant (sans incubation) s'élimine dès la période d'incubation

⁂ M. PITRES dit que le déplacement cardiaque n'est pas un danger menaçant pour les pleurétiques, mais un procédé de protection du cœur contre l'augmentation de pression intra-thoracique. Quand un épanchement se fait dans une cavité pleurale, il exerce une pression excentrique sur toutes les parties qui l'entourent. Le refoulement du médiastin a pour effet d'entrainer le cœur, qui se trouve refoulé en masse et non déplacé par un mouvement de rotation sur son axe. L'agent efficace de la protection du cœur est la péricarde : l'épanchement abaisse le diaphragme qui tend le péricarde : ce dernier refoule le cœur qui se trouve ainsi dans une atmosphère à pression normale.

⁂ Le même auteur dit que les anesthésies viscérales sont fréquentes dans le tabes et il décrit une anesthésie épigastrique profonde. La sensibilité spéciale de l'épigastre peut être complètement abolie, et cela dans un cinquième des cas. Le plus souvent, il existe des crises gastriques antérieures et il n'y a pas d'anesthésie cutanée, mais perte de la faim.

⁂ M. MONTSERET communique l'observation d'un malade atteint d'un favus généralisé aux parties glabres, dont le point de départ aurait été un favus invétéré du cuir chevelu datant de l'âge de quatre ans. Au moment de son arrivée à l'hôpital, cet homme, âgé de 24 ans, se trouvait dans un état de misère physiologique profonde et en pleine cachexie tuberculeuse. Il présentait sur divers points du corps des amas croûteux jaunes, anfractueux, répandant une odeur de souris. Le microscope décèle l'achorion. Cette généralisation semble avoir été favorisée par la tuberculose dont la marche a été rapide.

⁂ M. LEMOINE distingue trois genres de splénisation pulmonaire grippale : 1° la spléno-pneumonie reproduisant le type de GRANCHER. Elle survient chez des individus qui viennent d'avoir la grippe et débute par un point de côté et des symptômes généraux caractérisant les affections pulmonaires graves ; 2° Congestion passive avec splénisation accompagnée de fièvre et de phénomènes aigus. Obscurité respiratoire, fièvre et dyspnée intenses, crachats hémoptoïques, troubles cardiaques ; 3° Congestion passive avec splénisation, mais apyrexie et chronicité. Il reste après la grippe de la lassitude et de l'essoufflement : submatité légère, obscurité respiratoire, augmentation des vibrations. Cette forme siège aux bases et sa durée peut être de plusieurs mois.

⁂ Le même auteur a vu chez deux diabétiques une diminution rapide du sucre se produire sous l'influence du bleu de méthylène. Dans la blennorragie, deux fois le bleu fit cesser le priapisme et les douleurs pendant la miction, une autre fois, dans une urétrite touchant à sa fin, l'écoulement disparut en moins de huit jours.

⁂ MM. MATHIEU et LABOULAIS disent que l'influence pathogénique de la stase stomacale sur l'hypersécrétion permanente est bien établie. La forme grave du syndrome de REICHMANN est le plus souvent liée à l'ulcère. L'hyperchlorhydrie, cause habituelle de l'ulcère, joue un rôle important dans la pathogénie des phénomènes douloureux qui font partie du syndrome de REICHMANN.

⁂ MM. POIX et GAILLARD ont observé un homme de 22 ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde, présenta des phénomènes douloureux au niveau du membre supérieur droit, bientôt suivis de parésie, avec amyotrophie des rhomboïde, grand dentelé, deltoïde, sus et sous-épineux. Diminution de la sensibilité au niveau des fosses sus et sous-épineuses. Tous les muscles qui ont été touchés appartiennent au groupe innervé par les branches collatérales du plexus brachial ; c'est l seul cas signalé de cette localisation névritique à la suite de la dothiénentérie.

⁂ M. GALLIARD étudie le pronostic et le traitement du pneumothorax chez les tuberculeux. C'est surtout dans les cas où le début est brusque que le pneumothorax suffocant résiste au traitement médical et indique la thoracentèse d'urgence. L'aspiration de la collection gazeuse ne doit être interrompue qu'après cessation de l'orthopnée. Elle a été pratiquée sans interruption pendant quatre jours par WILLIAMS (de Buffalo) qui, au bout de ce temps, a constaté la guérison complète du pneumothorax chez un phtisique. Contre le pneumothorax toléré, rien à faire. L'hydropneumothorax est

généralement chronique : il faut s'abstenir de ponctionner. Le pyopneumothorax est aussi un *noli me tangere*. Les injections antiseptiques dans la cavité pleurale peuvent être utiles lorsque les malades ont de la fièvre.

*** M. DELÉAGE étudie les facteurs de gravité dans le diabète sucré. Cette gravité n'est pas proportionnelle au degré de la glycosurie. Le diabète infantile est très grave. Chez l'adulte, la glycosurie simple négligée aboutit au diabète vrai. Le foie est hypertrophié chez les deux tiers des diabétiques gras, souvent alcooliques. La congestion peut aboutir à la cirrhose qui domine alors la scène. La gravité vient du rein si cet organe devient insuffisant. L'albuminurie n'a de signification sérieuse que si elle est abondante et symptomatique d'une néphrite.

*** MM. BROUSSE et ARDIN-DELTEIL présentent une observation de syphilis médullaire précoce apparue six mois après le chancre et qui a offert les particularités suivantes : apparition subite d'une hémiparaplégie tout d'abord associée à de l'hyperesthésie des deux membres inférieurs, mais ultérieurement, hémianesthésie croisée étendue à la presque totalité du membre inférieur sain et réalisation du syndrome de BROWN-SÉQUARD. Traitement intensif par la méthode mixte, amélioration très notable.

*** M. COURMONT conclut d'expériences personnelles que le streptocoque est une famille mal différenciée, composée d'une série de variétés impossibles à distinguer.

Le sérum qui immunise contre l'une n'immunise pas contre l'autre. On ne peut donc livrer aux cliniciens aucun sérum antistreptococcique sûrement efficace.

*** MM. MONTEUX et LOP ont vu une scarlatine à poussées successives se produire dans le cours de la grippe. Il s'agit d'une scarlatine anormale par son éruption qui s'est effectuée en plusieurs temps comme SANNÉ en a observé des exemples.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de faux diabète hystérique (1)

par le docteur G. Carrière,
professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Le malade qui fera le sujet de cette leçon est un homme de quarante-neuf ans, boulanger, entré, il y a quinze jours, à l'hôpital de la Charité, où il est placé dans le service de M. le professeur BOUCHARD (Salle Corvisart, lit n° 2).

Le motif qu'il invoque pour entrer à l'hôpital, c'est d'être obligé d'uriner en grande quantité et à chaque instant du jour ou de la nuit ; c'est de présenter le symptôme que nous dénommons : Polyurie avec pollakiurie.

Nous relevons, dans les antécédents héréditaires de notre malade, un certain nombre de faits bien dignes d'attirer notre attention :

Son père est mort à cinquante-trois ans de pneumonie Sa mère est vivante et bien portante, mais elle était, jusqu'à ces derniers temps, sujette à des attaques de nerfs. Ces attaques ne débutaient pas brusquement, la malade les *sentait venir*. Jamais il n'y avait de *cri initial*, jamais de *chute brusque*. Elle se débattait *très violemment* pendant la crise, mais les convulsions ne revêtaient ni le type tonique, ni le type tétanique, ni le type clonique. La malade *ne s'est jamais mordu la langue, n'a jamais uriné sous elle* pendant ces crises. Enfin la crise se terminait brusquement, *sans phase stertoreuse*.

Si j'insiste sur ces caractères, c'est qu'ils me permettent d'affirmer, sans y insister davantage, que cette femme était atteinte de crises d'hystérie convulsive.

Un frère du malade est mort en bas-âge de convulsions. Il a encore un frère et une sœur bien portants tous deux, mais qui ont eu des convulsions dans leur jeunesse.

J'insiste sur ces faits pour bien montrer qu'il y a chez les descendants de cette mère, probablement hystérique, un germe névropathique qui entrera peut-être en ligne de compte dans la genèse des accidents que présente notre malade.

Celui-ci, faible de constitution jusqu'à l'âge de dix-huit ans, présente en effet un certain nombre d'accidents qui prouvent bien qu'il a reçu de sa mère la même graine névropathique. Dans sa première enfance il a des convulsions. Jusqu'à dix-huit, dix-neuf ans, il a des terreurs nocturnes et de l'incontinence nocturne d'urine. Enfin il présente une débilité générale, indice de faiblesse constitutionnelle. A dix huit ans, notre sujet a la fièvre typhoïde qui n'a pas présenté de caractères particuliers. Nous noterons cependant qu'à la suite de sa typhoïde il a eu une paralysie du côté gauche qui n'a duré que très peu de temps et n'a pas laissé de traces après sa disparition totale.

En 1883 il a un chancre mou, sans accidents consécutifs. C'est en 1891 que remonte le début des accidents

(1) Leçon clinique du concours d'agrégation.

actuels. A cette époque le malade, très surmené, mais sans avoir eu d'émotions morales, de peur ou de chagrins, présente pendant vingt jours des séries d'attaques de nerfs. Ces attaques revenaient *deux à trois fois par jour*. Le malade *sentait venir sa crise*. Il perdait ensuite connaissance *sans cri initial, sans chute brusque. Les convulsions étaient violentes, irrégulières, désordonnées*, ne répondant ni au type clonique, ni au type tétanique. Jamais, pendant ces crises, le malade *n'a eu de mictions, ni de défécation involontaire; jamais il n'a eu de phase stertoreuse* à la fin de ses accès. Vous retrouverez là tous les caractères de l'accès convulsif d'hystérie. Il y a sept ou huit mois les accès disparurent, mais depuis ce moment notre malade se plaint d'uriner à chaque instant, d'uriner énormément (7 à 8 litres par jour), d'avoir sans cesse faim et soif : ce sont ces accidents qui le font entrer à l'hôpital.

A l'heure actuelle nous nous trouvons en présence d'un homme de vigoureuse apparence ; il n'a pas maigri, son poids est resté le même qu'avant le début de sa maladie. L'appétit est considérablement augmenté, jamais le malade n'est rassasié, bien qu'il mange énormément. Sans cesse il a soif, sa gorge est desséchée, nous dit-il, il lui semble qu'il y ait du sable. On note, en examinant la bouche, une gingivite très marquée ; le malade perd ses dents sans douleurs depuis 4 à 5 mois. Les digestions se font normalement ; l'examen de l'estomac nous fait constater une légère fluctuation et le bruit de succussion hippocratique au-dessous de la ligne qui unit les neuvièmes cartilages costaux, mais nous ne devons pas en conclure que notre malade est atteint de dilatation stomacale. Il a mangé, en effet, il y a à peine une heure et nous savons que dans ce délai ces deux symptômes n'ont rien de pathognomonique. Ce que nous pouvons dire c'est qu'il a un peu de myasthénie gastrique ; c'est-à-dire que sa musculeuse gastrique, probablement fatiguée du surmenage que le malade lui impose par suite de sa polyphagie, se laisse distendre plus facilement qu'à l'état normal : c'est là un fait très commun chez les diabétiques. Le malade est habituellement constipé. Le foie, la rate ne sont pas augmentés de volume. On ne note rien d'anormal ni du côté du cœur, ni du côté du poumon Du côté des organes génitaux-urinaires il convient de noter un fait important : le malade n'a plus d'érections depuis six mois. Il urine à chaque instant du jour et de la nuit. La quantité d'urine des 24 heures est de huit litres et demi. Ces urines sont claires, légèrement mousseuses. Leur densité est de 1006.

L'analyse nous donne les résultats suivants ;

Urée = 6 gr. par litre, c.-à-d. 49 gr. par 24 heures.
Phosphates = 1 gr. 50 par litre, c.-à-d. 12 gr. 75 par 24 h.
Chlorures = 2 gr. 20 » » 18 gr. 70 »
Réaction = Neutre.
Sucre = Néant.
Albumine = Traces de 0.10 à 0.20.

Le malade n'a ni vertiges, ni céphalées, ni bourdonnements d'oreilles, ni mouches volantes, ni migraines. Il a quelquefois des brouillards devant les yeux, des fourmillements dans les extrémités des membres, mais ni doigt mort, ni crampes, ni soubresauts nocturnes, ni cryesthésie : en un mot aucun des signes du petit brightisme de M. Dieulafoy Il n'y a pas chez lui de troubles de la motricité, les réflexes sont normaux. En revanche il existe des troubles sensitifs d'une extrême importance : on note une hémianesthésie sensitivo-sensorielle absolue du côté droit. Enfoncez une aiguille profondément dans la peau du côté droit : le malade ne sent rien, alors qu'il pousse des cris perçants quand on le pique du côté opposé. Cette anesthésie a frappé non seulement la peau mais encore les muqueuses : la langue, la pituitaire, la cornée sont également insensibles et cela non seulement au contact mais encore aux sensations spéciales auxquelles ces muqueuses sont destinées : au goût, à l'odorat. Notez de plus que ce malade a du rétrécissement concentrique du champ visuel et du champ auditif, que de plus il présente le phénomène de la polyopie monoculaire et vous aurez exactement tous les symptômes nécessaires pour établir votre diagnostic.

En résumé notre malade présente : de la polyphagie, de la polyurie, de la polyopie depuis six mois. Il a de plus de la gingivite expulsive, de l'abolition du sens génital.

Tout cet ensemble symptomatique est absolument caractéristique, pathognomonique du **diabète sucré**. Et cependant, messieurs, vous ne vous trouvez point en présence d'un malade atteint de cette affection, car il vous manque, pour porter ce diagnostic, l'unique symptôme, la glycosurie : ce malade n'a pas la moindre trace de sucre dans ses urines.

Mais à côté du diabète sucré vous n'ignorez pas qu'il est une autre classe de diabètes qui se différencient des précédents précisément par l'absence de sucre dans les urines : pour cette raison on les appelle **diabètes insipides**.

Nous trouvons-nous en présence d'un cas de ce genre. Il existe trois variétés de diabètes insipides : le diabète oxalurique, le diabète azoturique, le diabète phosphatique.

Le diabète oxalurique s'observe chez les obèses, les neurasthéniques, les tuberculeux : il se caractérise par deux symptômes qui manquent chez notre malade : l'asthénie musculaire et l'irritabilité nerveuse. Les urines du malade ne renferment point une quantité anormale de phosphates, donc il ne s'agit point de **diabète phosphaturique**. Mais ces urines renferment un peu plus d'azote qu'à l'état physiologique. Avons-nous donc affaire à un **diabète azoturique**. Non, car s'il en était ainsi l'état général du malade serait plus fortement touché, il y aurait dénutrition

rapide, ici rien de semblable. Et si vous vous rappelez que ce malade mange beaucoup, qu'il mange surtout beaucoup de viande, alors vous mettrez cette azoturie légère sur le compte de la polyphagie.

A côté de ces formes il en est d'autres encore qu'on appelle **diabètes hydruriques** et qui se caractérisent par la polyurie seule. Ils s'observent chez les individus atteints de lésions traumatiques ou spontanées du système nerveux, chez les dégénérés : ce n'est point ici le cas. On les observe aussi chez plusieurs membres d'une même famille. Cette polyurie héréditaire se caractériserait, d'après Marinesco, par une lésion dégénérative du plancher du quatrième ventricule. Mais ici aucun des membres de la famille du malade n'a présenté semblables accidents. Mais, il existe chez notre malade et dans son histoire, toute une série de faits qui s'enchainent et vont nous permettre de porter un diagnostic exact.

Voici un homme qui reçoit de sa mère, manifestement hystérique, le germe névropathique. La névrose chez lui se manifeste par des *convulsions* dans l'enfance, *des terreurs nocturnes*, de *l'incontinence nocturne d'urine*. Plus tard elle se traduit par une *hémiplégie très fugace*, vraisemblablement de nature hystérique, à l'occasion d'une fièvre typhoïde. Plus tard encore la névrose reparaît sous forme *d'accès convulsifs hystériques* et ce que nous observons à l'heure actuelle, ces accidents qui simulent à s'y méprendre le diabète, tout cela relève de la grande névrose. Pour l'affirmer, je m'appuie, non seulement sur les accidents antécédents héréditaires ou personnels, mais encore sur les stigmates actuels.

Nous observons en effet chez notre sujet les principaux stigmates de l'hystérie de Charcot :

L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle ; le rétrécissement concentrique du champ visuel ; la polyopie monoculaire.

Tout ceci nous porte à croire que notre malade est atteint de **faux diabète hystérique**. Je dis faux diabète et non pas simplement polyurie hystérique, parce que chez notre sujet on trouve réunis un grand nombre de signes appartenant au diabète et non pas seulement la polyurie. Si cette polyurie hystérique est bien connue depuis les travaux de Debove, Ballet, Babinski, Matthieu et Ehrardt, il n'en est pas de même de ces cas purs de faux diabète dont la fréquence n'est pas grande.

Quant à l'albuminurie légère que présente le malade, il ne faut pas y attacher une trop grande importance : le malade ne présente aucun des signes du brightisme ; il est possible que cette albuminurie ne soit que la manifestation du rein surmené, irrité par cette polyurie énorme.

Cette observation me semble donc mériter toute votre attention. Elle vous prouve une fois de plus que la grande névrose, l'hystérie, peut simuler toutes les maladies, non seulement celles du système nerveux, mais encore les maladies organiques et constitutionnelles.

Elle vous prouve une fois de plus la justice de cet axiome de Charcot que j'ai si souvent entendu répéter à mon maître M. le Professeur Pitres : « Timor hysteriœ, initium sapientiœ ». Le pronostic de l'affection est essentiellement bénin. Mais à la longue, le filtre rénal pourra se fatiguer de cet excès de travail qui lui est imposé du fait de sa polyurie. Irrité, il pourra devenir le point de départ de lésions d'autre nature : de néphrite. Le pronostic devra tenir compte de cette considération et nous devrons tout faire entrer en œuvre pour supprimer cette polyurie.

Le traitement devra être hygiénique, médicamenteux et psychique. L'hydrothérapie, sous forme de douches froides générales en jet ou en pluie, devra jouer un grand rôle dans notre thérapeutique. Le bromure de potassium, la belladone, les opiacés, l'antypirine ont donné dans quelques cas analogues d'excellents résultats : ils agissent surtout par suggestion. C'est en effet le traitement psychique qui devra surtout entrer en ligne de compte. La suggestion à l'état de veille sous forme de pilules fulminantes de mica panis, de bleu de méthylène, devront être successivement essayés.

J'ai vu, dans le service de mon maître M. le professeur Pitres, un cas de ce genre guéri à la quatrième pilule de bleu de méthylène.

Quoi qu'il en soit, sachez bien que c'est la confiance même qu'aura le malade en sa guérison et dans le moyen de sa guérison qui le rendront à la santé : c'est l'auto-suggestion, la suggestion à l'état de veille, qui feront les frais de l'intervention thérapeutique.

Médication thyroïdienne et arsenic

PAR

G. Bédart ET L. Mabille

Professeur-agrégé de physiologie — Préparateur, moniteur des Travaux pratiques

L'un de nous, M. Mabille, ayant eu l'occasion de traiter un goître simple par la médication thyroïdienne, eut l'idée de faire disparaître les accidents dus à l'ingestion de la glande par l'emploi simultané d'une préparation arsenicale, la liqueur de Fowler. Les résultats obtenus furent excellents. Voici, du reste, résumée, l'observation qui fut lue à la Société de médecine du Nord, le 27 novembre 1896 :

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans. Dans les antécédents héréditaires, on ne note rien de particulier, père bien portant, mère morte de maladie de cœur à 49 ans. Dans les antécédents personnels, on relève une fièvre typhoïde et une pneumonie il y a quelques années.

Etat au début du traitement. — Pas de troubles du côté du cœur, du système nerveux, des organes de la digestion. A certains moments seulement, un peu de trachéo-bronchite, la malade se plaint de goître et le diagnostic était bien tel. Le corps thyroïde hypertrophié était de consistance assez ferme, sans nodosités ramifiées appréciables, il n'y avait pas de frémissement vibratoire. Comme symptômes fonctionnels, on notait des éblouissements fréquents, des troubles de la vue, parfois de la raucité de la voix.

A la suite du plus léger froid, il se produisait une augmentation douloureuse de la tumeur.

Traitement.— Pendant trois mois, le traitement ioduré fut appliqué. Iodure de potassium, 1 gr. 50 c. par jour. Badigeonnages à la teinture d'iode, et frictions locales à la pommade iodurée. — On n'obtint aucun résultat et c'est alors qu'on eut recours à la médication thyroïdienne sous forme de capsules du corps thyroïde de 0 gr. 10 centigr. chaque. Afin d'éviter les accidents qui accompagnent l'ingestion brusque d'une trop grande quantité de corps thyroïde, on conseilla à la malade de commencer par de petites doses, 0 gr. 20 par jour. En huit jours, elle arriva à 60 centigr., au bout de dix à 70 centigr. Mais à ce moment, se manifestèrent de violentes palpitations survenant quelques heures après la prise du médicament (pouls = 110), des douleurs névralgiques dans les lombes et les membres. Il y eut une nuit un fort tremblement nerveux. Le tout s'accompagnait d'un très léger état de fébrile et de diminution de l'appétit. — On diminua la dose de thyroïde, puis l'idée vint de soigner ces différents accidents par l'arsenic, qui est considéré comme un ralentissant des battements du cœur et un anti-névralgique. Il fut donné à la dose de 3, 4, 5, puis 8, 10, 12 gouttes de liqueur de Fowler et l'on reprit la médication thyroïdienne dans toute son intensité jusqu'à 0 gr. 80 centigrammes. Malgré la dose élevée, aucun phénomène inquiétant ne fut remarqué ; bien au contraire, le cœur avait singulièrement diminué le nombre des battements et tous les troubles du système nerveux avaient disparu. — Tenant à savoir si c'était bien l'arsenic qui produisait pareil effet, on le supprima pendant trois jours. Les accidents thyroïdiens réapparurent pour disparaître deux jours après la reprise de l'arsenic. Expérience et contre expérience étaient faites et l'action de l'arsenic paraissait manifeste. — La malade vit son goître céder sous l'influence du traitement thyroïdien sans que pour cela aucun amaigrissement général soit survenu ; il semble que l'arsenic qui a la réputation de faire grossir ait contrebalancé le pouvoir émaciant du suc thyroïdien ».

Des expériences furent alors entreprises au laboratoire des travaux pratiques pour éclaircir au point de vue physiologique l'interprétation de ce fait clinique. Quatorze chiens et deux lapins ont été observés pour vérifier l'action de l'arsenic administré simultanément avec la glande thyroïde.

Nous avions d'abord essayé de donner à nos chiens des préparations pharmaceutiques à base de corps thyroïde, mais quoique nous les eussions mélangées à leurs aliments, les animaux les refusaient. Nous eûmes alors recours à la glande fraîche du mouton.

Comme préparation arsenicale, c'est la liqueur de Fowler, modifiée par la suppression de l'alcoolat de mélisse, qui fut employée à la dose moyenne de deux gouttes et demie par kilog d'animal.

On peut envisager les résultats obtenus sous trois points de vue.

1° Action sur le rythme cardiaque ; 2° Action sur le système nerveux ; 3° Action sur la nutrition.

Nous allons ici brièvement indiquer quels ont été en général les phénomènes notés 1° chez les animaux ne prenant que de la glande thyroïde ; 2° chez ceux absorbant en plus de l'arsenic. Nous commençons par l'étude du rythme cardiaque.

I. — **Action sur le rythme cardiaque.** — A. Chez les animaux n'absorbant que de la glande thyroïde, le nombre des pulsations augmenta rapidement. Chez tous, il passa des environs de 130 à 180 ; chez certains, il alla jusqu'à 190. Les battements étaient forts, mais, point important à noter, étaient irréguliers.

B. Chez les animaux soumis aux deux médications nous constatâmes au début un état stationnaire, puis le nombre des pulsations diminua, d'une façon constante pour tous nos chiens, jusqu'à descendre de 130 à 100 et quelquefois à 90. La force et la régularité des battements étaient conservés.

Les lapins qui reçurent de la thyroïdine au lieu de glande fraîche, présentèrent les mêmes variations au point de vue du rythme cardiaque.

II. — **Action sur le système nerveux.** — Au bout d'un certain temps, en moyenne six ou sept jours, les animaux n'ingérant que de la glande thyroïde ont présenté des phénomènes d'excitation, puis est survenu du tremblement des membres postérieurs qui s'est ensuite généralisé à tous les groupes musculaires.

Aucun de ces phénomènes n'a été constaté chez les animaux absorbant simultanément corps thyroïde et arsenic, même après plus de trente jours de ce régime.

III. — **Action sur la nutrition.** — Nous avons noté également une action manifeste sur la nutrition.

Pour les chiens ne prenant que de la glande thyroïde sans arsenic, il y eut une perte de poids considérable et rapide.

Certains ont maigri de 2/5, 1/6, 1/3 de leur poids, tandis que les chiens correspondants recevant à la fois arsenic et corps thyroïde, ne perdaient seulement que 1/15, 1/19, 1/6, 1/13 de leur poids ; chez plusieurs animaux prenant de l'arsenic en plus du traitement thyroïden on a même vu survenir une légère augmentation de l'embonpoint.

Les lapins sur lesquels l'on a expérimenté étaient jeunes et en voie de croissance. Aucun amaigrissement n'a été observé, cependant le lapin soumis à la thyroïdine seule n'a augmenté que du 1/16 de son poids tandis que son compagnon recevant de l'arsenic en plus augmentait de 1/9.

Des contre-expériences ont été faites.

Des animaux soumis au traitement thyroïdien et arsenical et auxquels on supprimait l'arsenic ont toujours présenté et très rapidement, une augmentation considérable des battements cardiaques et une diminution de poids très marquée.

D'autre part chez des chiens n'ingérant que de la glande thyroïde en sus de leurs aliments et chez qui les troubles cardiaques et l'amaigrissement étaient déjà très manifestes, l'administration de la liqueur de FOWLER fit disparaître ces accidents.

Récemment, avant la communication de ces faits à la Société de Biologie, nous fîmes une nouvelle expérience de contrôle qui nous donna les mêmes résultats généraux.

Nous publierons prochainement les détails de ces expériences ainsi que ceux de nouvelles recherches où nous remplacerons l'arsenic par d'autres substances.

FAITS CLINIQUES

Eruption médicamenteuse par le sublimé en applications externes

par M. **Leclercq**, externe des hôpitaux

P...., Albert, âgé de 18 ans, employé de commerce, entre le 7 mai 1898, aux pavillons OLIVIER, sans autre antécédents personnels qu'un érysipèle de la face il y a quatre ans.

Le 28 avril, à l'occasion d'une poussée de lymphangite au niveau de la partie inféro-interne du bras droit, probablement consécutive à une blessure de peu d'importance et passée inaperçue, car le malade n'en a conservé aucun souvenir, le médecin appelé ordonne des applications permanentes de compresses au sublimé. Deux ou trois jours après, une incision au bistouri fut jugée nécessaire et fut suivie de bains de bras toujours au sublimé, d'une demi-heure de durée chacun, répétés trois fois par jour. Dès l'application des compresses au sublimé, le malade avait ressenti au niveau de la région traitée des démangeaisons assez vives, de même que sur le tronc et le bras gauche où étaient apparues quelques petites élevures, rougeâtres, prurigineuses, sans localisation spéciale, qu'il avait prises d'abord pour des piqûres de moustiques. D'autre part, l'intervention et l'ouverture de l'abcès avaient amené une amélioration telle que le malade, au bout de deux ou trois jours, se crut complètement guéri et reprit ses occupations.

Mais dans la nuit du 6 au 7 mai, le bras droit se tuméfie de nouveau, le membre supérieur tout entier devient énorme, raide, d'une couleur rouge intense uniforme qui s'étend sur tout le bras, depuis le bord inférieur du deltoïde, l'avant-bras, la face dorsale du poignet et de la main.

Le 7 mai au matin, la face dorsale de la main et, à un moindre degré, la face dorsale du poignet et l'avant-bras étaient recouvertes, tranchant sur un fond rouge intense. de petites élevures blanchâtres. ressemblant, au dire du malade, à des phlyctènes comme celles que produisent les brûlures, et non confluentes, paraissant se localiser plus spécialement aux espaces interdigitaux : l'ensemble des lésions érythémateuses rappelant assez bien, en somme, l'éruption scarlatineuse. Sur le tronc et le bras gauche, quelques petites élevures disséminées, comme celles signalées plus haut Prurit intense, causant une insomnie complète, sur toute l'étendue des lésions.

Le 8, l'éruption, qui s'est étendue rapidement, a envahi à peu près simultanément la face antérieure du thorax et de l'abdomen dans leur moitié droite. la région épigastrique, la partie supéro-interne de la cuisse droite, mais là elle présente une intensité bien

moindre, et les placards érythémateux laissent entre eux d'assez grands espaces de peau saine ; ce qui donne à l'éruption un aspect morbilleux assez net. Le malade n'a pas trace de stomatite, à part un léger liseré gingival, pas de salivation, de déchaussement des dents ; un peu de céphalalgie, mais pas d'adénopathie. L'analyse des urines ne décèle rien d'anormal.

Le 9, l'éruption s'est propagée un peu au côté gauche ; des placards apparaissent à la partie supéro-interne de la cuisse gauche, au scrotum, à la moitié gauche de la paroi abdominale, et à la région lombaire droite, mais disséminés, sans aucune tendance à devenir confluents. Sur le bras et la main gauches, quelques taches très espacées, à élevures moins nettes et moins saillantes qu'à droite. Cependant, au poignet et à la main droite, les élevures les plus anciennes, blanchâtres, grossissent, se fusionnent et forment en se réunissant de véritables phlyctènes remplis d'une sérosité citrine, qui crèvent spontanément.

Le 10, les accidents s'amendent d'une façon très nette, la coloration est moins vive, elle devient vineuse, le prurit a beaucoup diminué, et dans les dernières régions envahies l'éruption avorte, son évolution s'arrête et tend à rétrocéder. L'amélioration se maintient et progresse le jour suivant; une desquamation épidermique par lambeaux, qui avait déjà débuté spontanément au bras droit, au point d'application du pansement du sublimé, devient générale, au moins dans les régions les plus atteintes, et tout rentre dans l'ordre.

L'observation est curieuse à plus d'un titre. Relevons seulement les points suivants :

1° La disparité de la forme dans l'éruption médicamenteuse, suivant qu'il y a eu contact antérieur ou non du tégument avec le sublimé. L'action locale corrosive du sel mercuriel avait préparé en quelque sorte la région de l'avant-bras droit à un appel plus intense de l'éruption, qui là est arrivée jusqu'au phlyctène, la bulle, alors que sur le thorax, l'abdomen et les autres régions atteintes, elle était scarlatiniforme ou morbilleuse, taches et papules ;

2° Le retard qu'a mis l'éruption mercurique à se produire. Pendant six jours du sublimé fut en contact avec la plaie ; le neuvième seulement se manifestent les premiers signes éruptifs généralisés dignes d'être notés.

3° L'absence de signes d'intoxication autres que l'éruption : gencives, urines, selles sont intactes, alors que la peau est influencée. L'intoxication était bien cependant générale puisqu'il n'a pas été observé de propagation directe de l'éruption du bras au tronc.

Nous n'insistons pas sur l'erreur du diagnostic, qui est toujours commise dans semblable circonstance par le médecin traitant. L'aspect scarlatiniforme de l'éruption prêtait par trop ici à la méprise.

Intérêts Professionnels

Responsabilité médicale. — Faute lourde. — Accouchement.

Dans un arrêt du 5 avril 1897 (*Jurispr. de la Cour de Douai*, 1897, p. 174), la Cour de Douai, statuant sur appel d'un jugement du tribunal civil de Valenciennes, fait préjuger son sentiment au sujet d'une action en responsabilité intentée par un sieur L... contre le docteur W.... En nommant des experts, la Cour de Douai leur donne pour mission de dire, si des faits établis, ressort, à la charge du docteur W..., *un ensemble de fautes lourdes* contre la pratique de son art, fautes lourdes qui permettent de lui imputer la responsabilité de la mort de la dame L.... Elle ajoute que les experts commis se fonderont pour motiver leur rapport, non sur la discussion de telle ou telle théorie en matière médicale, mais sur l'application qui doit être faite des *règles générales de bon sens et de prudence* auxquelles est soumise, en matière d'accouchement, la profession médicale.

Le médecin, dit le tribunal civil de Valence, dans un jugement du 21 mars 1898 (*Gazette des Tribunaux* du 8 avril), doit être tenu, comme tout autre homme, de répondre des fautes par lui commises et qui auraient occasionné un dommage à autrui ; mais n'étant pas infaillible et ne se donnant pas pour tel, il n'est responsable que de sa faute lourde, alors même qu'il serait constant qu'il a pu se tromper.

Cfr sur la responsabilité médicale dans son application à l'obstétricie : TOURDES et METZQUER, *Traité de médecine légale*, p. 84.

J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

CONCOURS D'AGRÉGATION *(chirurgie et accouchements)*.

C'est avec la plus grande satisfaction que nous inscrivons la proclamation par le jury du Concours d'agrégation (section de chirurgie et accouchements) de notre collaborateur le docteur GAUDIER. Son talent de parole, ses vastes connaissances en chirurgie générale et spéciale lui ont assuré dans la lutte la première place. Au moment où il cueille le fruit de son patient labeur, il nous est agréable de lui adresser, au nom de l'*Echo médical du Nord*, nos sincères félicitations et nos meilleurs souhaits.

Le **Comité de préparation du** XIII[e] Congrès international, qui se tiendra à Paris, en 1900, vient de s'adjoindre, parmi les professeurs de la Faculté de Lille, MM. WERTHEIMER dans la section de physiologie, CURTIS dans la section de pathologie générale, CHARMEIL dans la section de dermatologie. Nous adressons nos félicitations à nos collègues pour cette flatteuse distinction.

SOUTENANCES DE THÈSE

M. C.-L.-O. RUYSSEN, de Chinon (Indre-et-Loire), externe des hôpitaux, a soutenu, le mardi 24 mai, sa thèse de doc-

torat (5me série, n° 78), intitulée : **Projet d'un enseignement médical de l'anti-alcoolisme.**

— M. L.-E.-A.-J. DECOOPMAN, de Pont-à-Marcq (Nord), externe des hôpitaux, a soutenu, le samedi 28 mai, sa thèse de doctorat (5me série, n° 79), intitulée: **Epilepsie et anémie.**

UNIVERSITÉ DE PARIS

NOMINATIONS

Ont été nommés après concours **médecins des hôpitaux** de Paris, MM. les docteurs PARMENTIER, BOULLOCHE, MÉRY.

— Le Concours pour deux places d'Interne en Médecine et Chirurgie et une place d'Interne suppléant à l'hôpital de N. de Rothschild, de Berck-sur-Mer, et Policlinique H. de Rothschild, à Paris, qui devait avoir lieu le 16 mai 1898, est remis au lundi 6 juin, le jury ne pouvant se réunir le 16 mai.

Le Jury a décidé que les épreuves du concours seraient modifiées comme suit :

1° Une épreuve écrite d'anatomie et de petite chirurgie, pour laquelle il sera accordé une heure ; 2° une épreuve écrite de pathologie interne, pour laquelle il sera accordé une heure ; 3° une épreuve orale de pathologie ou d'accouchement, pour laquelle il sera accordé dix minutes, après un quart d'heure de préparation. Il sera accordé 20 points pour chaque épreuve.

SOCIÉTÉS SAVANTES : ÉLECTIONS

Académie de médecine. — M. EHRMANN (de Mulhouse) a été élu associé national.

Société de biologie. — — M. MESNIL est élu membre titulaire.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Ecole de Médecine de Besançon. — M. le docteur BAIGNE est nommé pour neuf ans suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et obstétricale.

— M. le docteur MORIN est prorogé pour trois ans dans ses fonctions de professeur suppléant de physique et de chimie.

Ecole de Médecine de Caen. — M. le docteur GOSSELIN est prorogé pour trois ans dans ses fonctions de professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales.

Ecole de Médecine d'Alger. — M. le docteur CRESPIN a été nommé, après concours devant la Faculté de Montpellier, professeur suppléant de pathologie interne.

Distinctions honorifiques

M. GILLOT, interne de la clinique des enfants à l'hôpital civil d'Alger, a reçu une médaille d'or ; a contracté le typhus.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs CONDAMINE, de Saint-Menoux (Allier), DUCOUDRAY, sénateur de la Nièvre ; ARNAL, de Broquiès (Aveyron) ; LAFONT, de Claira (Pyrénées-Orientales) ; DE SCHACKEN, de Château-Salins (Lorraine) ; CHAUVEL, de Quimper (Finistère) ; LISBONNE, d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

20e SEMAINE DU 15 AU 21 MAI 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	2	4
3 mois à un an	9	13
1 an à 2 ans	2	1
2 à 5 ans	3	1
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	6	8
40 à 60 ans	13	9
60 à 80 ans	11	2
80 ans et au-dessus	2	2
Total	49	42

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	de 2 à 5 ans	plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	1	2	»	4	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	12	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	3	9	14
Moulins, 24,947 hab.	»	2	»	»	»	»	»	1	4	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	14	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	3	»	2	»	»	1	1	1	»	»	»	6	16	21
Vauban, 20,381 hab.	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	2	8	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	1	1	2	»	»	4	»	»	»	»	»	5	15	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	18
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	4
Total	»	4	»	»	1	»	1	7	14	7	12	»	»	13	2	1	»	»	»	29	91	116

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 73. Deuxième Année, N° 23. Le Numéro : 10 centimes. 5 Juin 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT
5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LEDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — Congrès de médecine de Montpellier. — TRAVAUX ORIGINAUX : Traitement de l'hydrocèle vaginale, par le docteur **V. Carlier,** professeur agrégé. — L'alcoolisme et les médecins, par le docteur **Ch. Ruyssen**. — Hygiène pratique. — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine,** M. PONCET communique, au nom de M. VINAY, l'observation d'une femme enceinte de six mois, qui fut amenée à l'hôpital pour des accès d'éclampsie. La malade était dans le coma. M. VINAY provoqua l'accouchement forcé, sous chloroforme. Quelques heures après, l'amélioration était sensible. Cinq jours après, la guérison était complète.

⁂ M. CALOT présente des malades atteints de mal de POTT qui ont été redressés suivant sa méthode. L'auteur conseille de faire porter un corset plâtré deux ans au moins après le redressement.

⁂ M. VALIN discute le rapport de M. GRANCHER sur la prophylaxie de la tuberculose, il le considère comme une doctrine destinée à devenir classique. Néanmoins il veut soumettre quelques observations de détail. La plus importante des mesures hygiéniques consiste à recueillir les crachats dans un crachoir contenant un peu de solution phéniquée. Mais l'acide phénique a un grave inconvénient pour la pratique courante ; c'est que son odeur est mal supportée, non seulement par les malades, mais plus encore par les voisins, qui, à Paris, ont souvent forcé le propriétaire à donner congé.

Il est facile de remplacer l'acide phénique par une solution de sublimé, contenant une forte proportion de chlorure de sodium (20 grammes par litre). La solution d'aldéhyde formique peut rendre également des services.

Il faut surtout recommander de ne pas remplir les crachoirs avec des substances pulvérulentes, sable et sciure de bois, comme on le fait dans la plupart des hôpitaux et des monuments.

A la **Société de Biologie**, MM. RAMOND et RAVAUT, en filtrant les toxines des bacilles de la tuberculose des poissons, ont obtenu un produit qui, par son odeur et ses réactions biologiques, rappelle absolument la tuberculine tirée du bacille de la tuberculose humaine.

⁂ M. P. COURMONT étudie l'action des épanchements des séreuses, tuberculeux ou non, sur les cultures des bacilles de KOCH en milieu liquide. Les sérosités non tuberculeuses constituent un milieu favorable au développement du bacille de KOCH ; elles ne sont ni agglutinantes, ni bactéricides pour ce microbe, tandis que les épanchements tuberculeux des séreuses sont bactéricides à des degrés variables pour le bacille de KOCH.

⁂ M. BUROT a observé une forme cutanée de la maladie pyocyanique humaine, associée au paludisme. Le malade présentait des ulcères sécrétant du pus bleu, avec tendances aux hémorrhagies. L'examen du pus et du

mucus nasal a démontré la présence du bacille pyocyanique

*** MM. COURMONT et DOYON reviennent sur leurs recherches sur le tétanos ; leurs résultats sont en opposition avec les conclusions de WASSERMANN, suivant lesquelles les centres nerveux, broyés et mis en présence de la toxine tétanique, neutraliseraient l'effet de celle-ci.

Les auteurs ont expérimenté sur la grenouille. Le mélange de toxine et de tissu cérébral, injecté à des cobayes, a toujours produit le tétanos.

Ces auteurs combattent également les conclusions de MARINESCO, relatives aux lésions médullaires du tétanos. Ces lésions sont inconstantes, disséminées et nullement spécifiques.

A la **Société de chirurgie**, M. PICQUÉ résume la discussion soulevée à propos des psychoses post opératoires :

1° Il y a une première catégorie de fous véritables qui ne viennent solliciter les secours de la chirurgie que sous l'influence d'idées délirantes ou obsédantes. On doit leur résister systématiquement.

2° Il existe toute une classe de malades qui ne présentent aucun délire au moment de l'opération, mais qui sont cependant susceptibles de délirer plus ou moins longtemps après. Ce sont ces psychoses qui constituent le domaine des psychoses post-opératoires qu'il ne faut confondre ni avec les délires par intoxication, ni avec ceux par infection. Les opérations gynécologiques n'y prédisposent pas plus que les autres.

3° Les formes n'ont rien de spécial, il y a des cas d'excitation et des cas de dépression.

4° Relativement à la pathogénie des accidents, la plupart des observations montrent qu'un grand nombre de malades sont d'anciens aliénés ou des prédisposés par voie héréditaire.

5° Il est nécessaire avant toute opération d'examiner l'état cérébral des malades, mais cet examen ne saurait laisser prévoir les cas de psychose post-opératoire

*** M. SEGOND appuie la communication de M. QUÉNU sur l'excellence de l'hystérectomie vaginale appliquée à la cure des fibromes utérins. L'auteur maintient l'ombilic comme limite que peuvent atteindre les fibromes dont l'extirpation est à recommander par la voie vaginale. L'état rétréci du vagin chez les vieilles femmes est une contre-indication à l'hystérectomie vaginale.

M. SEGOND, à l'encontre de M. QUÉNU, fait presque toujours l'hémostase préventive des utérines et la résection du col avant le morcellement.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, MM. GALLIARD et BERNARD présentent une malade qui présente une hydarthrose chronique (datant de trois ans) des petites jointures, qui ne paraît avoir rien de commun ni avec la goutte, ni avec le rhumatisme noueux.

*** M. RÉNON a observé un cas de sialorrhée intermittente au cours d'une urémie très lente, chez un malade brightique cardio-rénal. Cette sialorrhée ne se produit que pendant l'action, quand le malade marche. Elle disparaît au repos. Il n'y a pas de stomatite. Il n'y a pas davantage de troubles dyspeptiques, ni diarrhée, ni vomissement.

*** M BECLÈRE relate l'observation d'un garçon de quinze ans, qui fut atteint d'orchite ourlienne d'emblée sans manifestations du côté des glandes salivaires. L'épididyme participa au processus inflammatoire, fait qui est en contradiction avec l'opinion classique.

A la **Société d'obstétrique**, M. MACÉ communique la première partie d'un travail sur cette question. Le poids et les lésions anatomiques de la rate peuvent-ils chez les fœtus macérés servir au diagnostic de syphilis? La statistique de l'auteur diffère un peu de celle de RUGE, mais la conclusion est que, microscopiquement, il est difficile de rien affirmer.

*** MM. KEIM, ROSENTHAL et HUVIER présentent les pièces trouvées chez une femme enceinte morte en syncope. Il existait une hernie diaphragmatique gauche. L'estomac, refoulé par l'utérus, avait pénétré dans la plèvre, et avait entraîné avec lui presque tout l'intestin grêle.

A la **Société de thérapeutique** — M. BORDET revient sur la communication de M. FREMONT relative à l'emploi du suc gastrique comme traitement, chez les hypochlorhydriques.

L'auteur estime qu'il est inutile d'avoir recours à un tel médicament, difficile, sinon impossible de se procurer.

La pepsine, combinée à la solution chlorhydrique, peut rendre les mêmes services

A la **Société de médecine légale** — M. BRIANT demande, d'accord avec M. PICQUÉ, de mettre à l'ordre du jour une question intéressant particulièrement les chirurgiens : « Un chirurgien, cédant aux instances de la famille, ou ayant simplement obtenu l'autorisation de

celle-ci, a-t-il le droit d'opérer un aliéné contre sa volonté ? »

Cette question est grosse de conséquences, particulièrement au cas où l'opéré, recouvrant sa raison, s'aviserait de poursuivre en dommages-intérêts l'auteur d'une opération non consentie par l'opéré. La loi est muette à cet égard, et dans des cas semblables le chirurgien se trouve jeté dans de cruels embarras.

Congrès de médecine de Montpellier

M. Bosc trouve des analogies frappantes entre la variole, la vaccine et la clavelée. Au point de vue pathogénique, les recherches bactériologiques démontrent qu'il ne s'agit pas de maladies bactériennes banales : les parasites qu'on y rencontre sont assimilables entre eux. L'auteur croit qu'il y a identité entre la variole du mouton, la variole de l'homme et la clavelée. Les expériences de Fischer, d'Haccius et de Sourquien permettent d'assimiler la variole et la vaccine. Pour la clavelée et la variole, le fait de Bosc et Pourquier de transmission de la clavelée à l'homme sous forme de variole, laisse penser à une identité de nature. Les parasites des maladies varioliques entrent dans la classe des sporozoaires et sont absolument semblables aux formes pathogènes du cancer. Les lésions sont de même tellement semblables qu'il pourrait y avoir confusion entre un épithélioma pur et une pustule de clavelée au sixième jour.

En ce qui concerne le cancer, on peut y rencontrer des formes microbiennes, des granulations, des formes cellulaires, enkystées, sarcodiques et des micro-sporozoïtes. Il s'agit là de sporozoaires. Les tumeurs renfermant des sporozoaires connus sont inoculables aux animaux de même espèce ; les tumeurs malignes des animaux, semblables à celles de l'homme (épithéliome, carcinome, sarcome) sont inoculables en série (Hanau, Morau, Wehr, Klencke) les tumeurs humaines sont inoculables à l'homme (Hahn, Cornil) et aux animaux (Langenbeck, Goujon, Firket, Mayet). M. Bosc a isolé aseptiquement des organes de certains animaux des sporozoaires bien connus (C. oviforme du foie du lapin, du rein de l'escargot, kystes de grégarine du lombric) et les a injectés après dilution dans du bouillon stérilisé. Ces expériences ont produit des tumeurs à évolution lente et progressive, dans lesquelles on peut suivre le passage entre la spore à sporozoïte, les sporozoïtes libres et les inclusions nucléées identiques, d'une part, aux formes d'évolution des sporozoaires et de l'autre aux parasites du cancer. Cette nouvelle conception doit inviter l'homme à éloigner de lui les animaux porteurs de sporozoaires, améliorer l'hygiène de l'habitation à la campagne surveiller le lavage des légumes, considérer le cancer ulcéré comme contagieux, etc.

⁂ M. Arloing étant parvenu à obtenir des cultures en milieu liquide parfaitement homogène dans lesquelles les bacilles de Koch sont isolés les uns des autres, a pu réaliser l'agglutination de ces derniers par le sérum sanguin de certains animaux, tels que le lapin et la chèvre, qui avaient reçu auparavant de la tuberculine ou une émulsion de bacilles. Le sérum humain agglutine le bacille de Koch 94 fois sur 100 dans la tuberculose pulmonaire, 91 fois dans la tuberculose chirurgicale, 22 fois chez des individus en apparence bien portants.

⁂ M. Lépine montre que l'augmentation ou la diminution relative des divers éléments de l'urine n'est pas due seulement à l'augmentation ou à la diminution de ces éléments dans le sang. Elle peut tenir aussi, en partie, à des modifications dans le fonctionnement du rein. Par exemple, la diminution des phosphates relativement aux autres sels, que l'on observe dans le mal de Bright, paraît devoir être surtout attribuée à ce qu'un rein atteint de néphrite laisse passer moins facilement les phosphates.

En modifiant la perméabilité rénale par section des nerfs d'un rein, par action toxique ou médicamenteuse, ou en exerçant à l'intérieur des tubes urinifères une contre-pression au moyen d'eau salée stérilisée introduite par un uretère, on voit que chaque substance a son coefficient de passage rénal, qui varie beaucoup suivant les conditions dans lesquelles se trouve le rein. Les résultats obtenus avec le bleu de méthylène ne valent uniquement que pour cette substance et les analogues. Il se peut qu'un rein, très perméable au bleu, le soit très peu à certaines substances toxiques. Aussi ne saurait-on s'étonner de rencontrer des urémies avec des reins réputés très à tort perméables.

⁂ M. Teissier présente le résultat d'expériences faites sur le choc du cœur. M. Potain et les médecins italiens admettent que l'impulsion de la pointe répond à l'impulsion présystolique. Ils estiment que l'exploration du cœur humain à travers la paroi thoracique est un phénomène spécial qui n'est pas le choc de la pointe. Cette conception des cliniciens a rencontré l'opposition des physiologistes voulant faire dépendre le choc de la pointe du choc ventriculaire. Or, M. Potain distingue le choc d'avec l'impulsion de la pointe. Les tracés indiquent deux accidents : un premier dû à la contrac-

tion auriculaire, un second dû à la contraction ventriculaire. Le premier accident est celui auquel M. POTAIN attribue l'impulsion ; le second coïncide avec la mise en tension du ventricule, avec le choc ventriculaire. Vienne une maladie du cœur, le premier accident s'accentuera tellement qu'il deviendra le phénomène prédominant et qu'on aura alors l'apparence d'un retard du pouls. Le rétrécissement mitral, par son hypertrophie auriculaire réalise les meilleurs conditions pour ce retard apparent du pouls. C'est à tort qu'on a fait dire à M. POTAIN que le choc du cœur était un phénomène de contraction auriculaire et qu'on l'a accusé de reprendre la théorie de BEAU.

⁂ M. COCHEZ met en relief l'origine congénitale, familiale et héréditaire du rétrécissement mitral pur. Dans une famille, la mère et l'enfant âgée de six ans, ont la maladie de DUROZIEZ ; dans une autre, la mère présente un rétrécissement mitral pur et ses quatre enfants sont atteints de la même lésion. L'auteur croit à une origine congénitale, car il voit mentionnée la coexistence, dans certains cas, de malformation, et lui-même a soigné deux malades qui souffraient de rétrécissement mitral associé à l'ozène, affection imputable, pour certains, à l'absence du cornet inférieur. M. COCHEZ a vu un autre sujet, présentant une syndactylie et des amputations congénitales, atteint de la maladie de DUROZIEZ.

⁂ M. RAUZIER apporte deux exemples d'angine de poitrine symptomatique d'une pleurésie au début. Un jeune homme de 28 ans fut pris subitement d une crise d'angine de poitrine qui fut attribuée au tabagisme. Quelques jours après survint une pleurésie gauche de nature tuberculeuse qu'il fallut ponctionner. Le second malade avait été pris brusquement de symptômes douloureux et angoissants d'une violence extrême qui persistèrent trois heures ; le surlendemain, nouvelle crise douloureuse avec collapsus cardiaque et constatation d'un épanchement à gauche.

Le même auteur a observé un garçon de 14 ans, très nerveux, qui fut pris sans cause connue d une paralysie faciale périphérique gauche. Sa grand'mère maternelle a été atteinte, à 30 ans, d'une paralysie faciale gauche ; sa tante a eu la même affection à 40 ans. Cette dernière personne, fort nerveuse, a une fille hydrocéphale. Cette observation vient à l'appui de la théorie névropathique de la paralysie faciale, formulée par par NEUMANN et appuyée par CHARCOT.

⁂ MM. ÉTIENNE et DEMANGE considèrent l'ovaire comme une glande ayant une sécrétion externe, celle de l'ovule ; comme une glande chargée d'éliminer, par le sang menstruel, l'excès des toxines organiques; comme une glande pourvue d'une sécrétion interne, l'ovarine, ferment soluble oxydant. La chlorose serait une auto-intoxication due à l'insuffisance de sécrétion de cette antitoxine. L'opothérapie ovarienne est donc un traitement pathogénique de la chlorose : c'est ce que tend à montrer l'étude de 17 observations cliniques.

⁂ M. ISCOVESCO a remarqué que les chiennes sont rarement atteintes d'infection puerpérale et il n a pas pu s'empêcher de rapprocher ce fait de l'habitude qu'elles ont de dévorer leur placenta. Cet auteur a donc préparé des tablettes de placenta de brebis qu'il a employées dans le traitement des métrites. Toujours, il a observé une amélioration indéniable de tous les phénomènes réflexes ayant pour point de départ les organes génitaux.

TRAVAUX ORIGINAUX

HOPITAL SAINT-SAUVEUR

Traitement de l'hydrocèle vaginale

par le docteur **V. Carlier**, professeur agrégé.

Vingt-deux ans se sont écoulés depuis que VOLKMANN a publié ses premières observations de cure radicale de l'hydrocèle, et la discussion continue sur le meilleur mode de traitement de cette maladie, si vieille et si fréquente. Chaque année voit naître un procédé nouveau dont l'auteur se déclare satisfait. En réalité il n'y a que deux méthodes rivales, l'injection iodée et l'incision. La première, introduite en France par VELPEAU, qu'avaient séduit les belles statistiques de MARTIN (de Calcutta), a à son actif des guérisons qui se chiffrent par centaines de mille. La seconde, s'abritant sous le couvert des méthodes antiseptiques, continue à accumuler ses preuves. Et lorsqu'on lit attentivement et sans parti-pris tout ce qui a paru depuis quinze ans sur ce sujet, on subit des fluctuations d'idée en passant d'un mémoire à un autre mémoire d'un auteur différent. On voit même des chirurgiens consciencieux, tels que RECLUS, varier d'opinion d'une année à l'autre, en considérant presque comme méthode d'exception la ponction suivie d'injection iodée qui avait, peu de temps auparavant, toutes ses préférences.

C'est qu'en effet l'injection iodée est loin d'avoir

toujours l'innocuité et l'efficacité qu'on lui attribue généralement. Je passe sur la *douleur*, souvent violente, qu'elle occasionne au malade, car quelques centigrammes de cocaïne en injection préalable anesthésient suffisamment la vaginale pour rendre l'injection indolore. J'élimine également la *piqûre du testicule* qu'on peut éviter avec quelque attention, bien que cela soit arrivé à des maîtres comme BOYER, DUPUYTREN et VELPEAU.

Mais il est un reproche plus grave : une fois faite la ponction et la pointe du trocart retirée, pendant l'évacuation de la sérosité la canule peut se déplacer, quitter la vaginale, et son orifice interne se trouver dans l'épaisseur des tuniques scrotales. Dans ces conditions l'injection iodée poussée avec la seringue ne pénètre pas dans la tunique séreuse, mais bien dans les enveloppes mêmes des bourses où elle s'infiltre sans trop de difficulté. Au grand étonnement du praticien, le liquide injecté ne ressort pas par la canule, mais la maladresse est commise et a souvent comme désastreuse conséquence une *gangrène du scrotum*, gangrène parfois mortelle.

Rien n'est plus facile que de se mettre à l'abri de cet accident dont je ne conteste pas la rareté, et bien que j'aie abandonné la ponction suivie de l'injection iodée, j'ai l'habitude, tant à l'hôpital qu'à mes cours de médecine opératoire, de recommander aux élèves de *ne jamais se servir d'une seringue* pour pratiquer l'injection, mais bien d'un entonnoir adapté à la canule du trocart et dans lequel on verse la teinture d'iode. Si la canule a quitté la vaginale, la pression du liquide ainsi versé est trop faible pour s'infiltrer dans le scrotum. C'est de cette manière que procède le professeur GUYON qui, depuis longtemps, s'est élevé contre l'emploi de la seringue à hydrocèle.

Enfin la *transformation d'une hydrocèle en hématocèle* consécutivement à la ponction n'est point chose rare. ZANCAROL, LEMICHEZ et bien d'autres chirurgiens en ont publié des observations, et AUGAGNEUR en a observé deux cas qui ont été mortels.

Je n'insiste pas davantage sur tous ces griefs argués contre la ponction suivie de l'injection iodée, car en somme ils sont exceptionnels, et il serait surprenant qu'une opération pratiquée des milliers de fois, et souvent par des mains inhabiles, n'eût amené de temps en temps une de ces complications. Je passe à un reproche non plus exceptionnel mais constant dont est passible l'injection iodée : la *durée du séjour au lit* et *la lenteur de la guérison*.

Chacun sait qu'à la suite de l'injection, le scrotum gonfle, rougit et devient douloureux. L'orchivaginalite ainsi provoquée ramène bientôt les bourses au volume qu'elles avaient avant la ponction ; le malade accuse des douleurs dans les lombes et le long du cordon,tout mouvement lui est pénible, et bien souvent les phénomènes réactionnels s'accusent par une élévation de la colonne thermométrique. Cet état dure une semaine environ, puis tout se calme peu à peu, mais il ne faut guère moins de vingt à vingt-cinq jours pour que le nouvel épanchement soit entièrement résorbé. C'est beaucoup pour une maladie d'ordinaire si bénigne.

On m'objectera que rien de ce qui précède ne constitue des raisons d'ordre assez sérieux pour condamner l'injection iodée ; qu'en somme les quelques accidents qu'elle a occasionnés sont l'exception et que la simplicité de son manuel opératoire, ainsi que les nombreuses guérisons qu'on lui doit, lui conserveront toujours la faveur des malades et des médecins. Aussi ai-je hâte d'aborder des arguments d'un autre ordre, et je les trouve non seulement dans la *lenteur de la guérison*, mais encore dans la fréquence des *récidives*.

L'argument « récidive » est d'une appréciation bien difficile. Comment en effet s'en rapporter aux statistiques ? Les unes sont brossées de noir, c'est ainsi que WENDLING, partisan à outrance de la cure radicale, dit que sur 100 hydrocèles injectées, il en aurait revu 30, et que pour 10 d'entre elles, l'épanchement s'était reproduit. Les autres sont d'un optimisme exagéré, témoins MARTIN qui indique 1 p. 100 de récidives, et DUPLAY qui affirme n'avoir jamais vu l'épanchement se reproduire.

Faut-il accepter cette dernière opinion ? Evidemment non, car, ainsi que le dit RECLUS, « combien de malades, opérés à l'hôpital ou même dans la clientèle, ont échappé à une observation ultérieure : d'autant qu'on rend volontiers le chirurgien responsable de l'échec survenu et qu'on aime bien s'adresser à un autre. D'autre part il se peut aussi qu'après une série malheureuse, comme il s'en rencontre si souvent, on ait de la tendance à croire la récidive fréquente, là où il ne fallait voir que le groupement exceptionnel de cas à lésions particulièrement avancées. » A n'en pas douter, il y a donc des récidives après l'injection iodée et GOSSELIN, se basant sur une série de 149 cas qui lui étaient personnels, croyait à une proportion de

7 p. 100. Nous verrons plus loin ce que donne la cure radicale ; examinons-en d'abord brièvement le manuel opératoire.

Cure radicale. — Quatre procédés types ont cours dans la pratique actuelle :

a. L'incision simple de WOLKMANN ;

b. L'incision avec résection partielle de la vaginale de JULLIARD ;

c. L'incision avec excision totale de la vaginale de BERGMANN ;

d. Et l'inversion de la tunique vaginale de DOYEN.

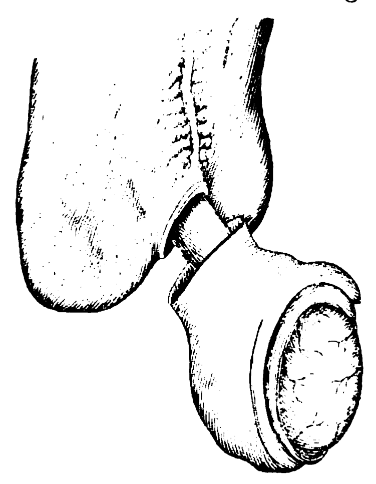
a. Le *procédé de* VOLKMANN est d'une simplicité extrême, c'est l'incision antiseptique dans toute sa pureté, sans excision de la vaginale. La tumeur est fendue couche par couche sur une étendue de 7 à 8 cent., la séreuse est ponctionnée et l'épanchement évacué. Après une inspection minutieuse de la cavité vaginale pour s'assurer qu'elle ne renferme ni fausses membranes, ni corps étrangers, ni kystes épididymaires, la surface interne de la séreuse est lavée avec la solution phéniquée à 3 °/₀ ou frottée avec la gaze iodoformée ou aseptique simple, *tout juste assez* pour produire une vaginalite adhésive. La séreuse est ensuite refermée par des points de suture à la soie ou mieux au catgut fin, et le scrotum est suturé au crin de Florence.

b. La caractéristique du *procédé de* JULLIARD est l'excision de la vaginale. L'opération est d'abord conduite comme dans la méthode précédente, mais une fois faite la toilette de la vaginale, on resèque une partie de ses deux feuillets, en ne gardant que juste le nécessaire pour « habiller » le testicule. Encore faut-il ne point omettre ici comme tout à l'heure, d'irriter suffisamment ce qu'on laisse de la séreuse pour provoquer des adhérences qui oblitéreront la nouvelle cavité vaginale ainsi formée. La suture des deux feuillets se fait au catgut, un drain est alors couché dans la plaie et les deux lèvres du scrotum suturées au crin de Florence. On supprime le drainage au bout de deux ou trois jours.

c. Le *procédé de* BERGMANN ne diffère de celui de JULLIARD que par la dissection et l'extirpation de *toute* la tunique vaginale jusqu'aux confins du testicule et de l'épididyme. C'est, comme on le voit, la suppression complète de la cavité séreuse.

d. Enfin le procédé par *inversion de la tunique vaginale* de DOYEN, est d'une grande simplicité Son exécution ne demande pas plus de quelques minutes. Voici la description qu'en donne son auteur : « L'anesthésie générale étant établie (mais l'anesthésie locale suffit), pratiquer une incision cutanée de deux centimètres et demi sur la partie antéro-inférieure des bourses. Ouvrir la vaginale et soutenir les deux lèvres de l'incision avec deux pinces à forcipressure, le liquide s'écoule au dehors. Sortir la totalité de la tunique vaginale en l'énucléant de son enveloppe conjonctive lâche, ce qui est facile. Hernier alors le testicule au travers de l'orifice de la séreuse, qui se trouve de la sorte en complète inversion. Remettre le tout en place et réunir par trois crins de Florence la petite incision cutanée. Aucune hémorrhagie. La réaction est nulle. »

Il suffit de jeter les yeux sur la figure ci jointe pour bien comprendre ce dernier procédé. Le testicule et l'épididyme ont été herniés à travers l'ouverture de la vaginale, dont on aperçoit toute la face interne ; on aperçoit le cordon dans l'espace compris entre l'incision des bourses et l'incision de la vaginale.



J'ai appliqué tour à tour ces différents procédés, à l'exception de celui de VOLKMANN, actuellement délaissé par la plupart des chirurgiens, et, à moins de circonstances particulières qui ne m'en permettraient pas l'application, j'ai plus volontiers recours au procédé de DOYEN. C'est de cette façon que j'ai opéré mes cinq derniers malades, et je n'ai pas encore constaté chez eux de récidive. Mais je trouve inutile ici l'anesthésie générale, et je me suis bien trouvé de l'anesthésie locale à la cocaïne. Je n'ai pas fait usage du drain, et mes opérés n'ont éprouvé aucune réaction ni locale, ni générale. Les fils ont été enlevés au cinquième jour, au plus tard au sixième, et le huitième jour les malades étaient sur pied, munis d'un bon suspensoir ouaté et reprenaient leurs occupations.

Les malades soumis à la cure radicale guérissent donc plus vite qu'après l'injection iodée. Examinons maintenant s'ils sont aussi exposés aux récidives.

Les différentes statistiques dressées par Augagneur, Volkmann, Julliard, Wendling et Nimier les estiment à 1 p. 100. J'ai quelque tendance à croire cette faible proportion trop favorable, car la cure radicale est aujourd'hui couramment pratiquée et on y a eu recours pour des malades dont la vaginale ne pouvait bénéficier de ce procédé et qui se serait mieux trouvée d'une cicatrisation lente après drainage à la gaze iodoformée. C'est dire qu'il y a des hydrocèles qui ne sauraient s'accommoder ni de l'injection iodée ni de la cure radicale, telles ces hydrocèles à parois épaissies et indurées et qu'on pourrait parfois classer parmi les hématocèles au premier degré. Dans ces cas le mieux est de ne pas refermer le scrotum après l'excision du feuillet pariétal de la vaginale ; il faut laisser la cavité ouverte, la remplir de gaze antiseptique et laisser s'oblitérer la poche par cicatrisation secondaire.

En dehors de ces cas, lorsque survient la récidive — et elle s'observe surtout avec le procédé de Julliard — c'est que la séreuse a réagi d'une façon insuffisante et que les deux feuillets ne se sont pas fusionnés. Aussi est-il utile, avant de refermer le scrotum, de frotter énergiquement ce qui reste de vaginale avec un tampon imbibé d'une solution phéniquée à 5 p. 100, ou d'une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 500, on ne saurait douter alors de la coalescence consécutive des deux feuillets et la récidive est impossible.

Lors de mes premières opérations de cure radicale, je craignais de provoquer ainsi une vaginalite trop intense, mais j'ai lu depuis, que certains chirurgiens, ayant moins d'égards pour la vaginale, la brossaient avec une brosse absolument aseptique, de façon à la dépouiller autant que possible de son revêtement épithélial. Quel que soit le procédé employé, il faut donc irriter la séreuse, soit cliniquement, soit mécaniquement. Moins il reste de vaginale, mieux cela vaut.

Mais que devient le testicule sans la tunique vaginale ? depuis qu'on sait que l'injection iodée provoque souvent la guérison sans amener l'oblitération de la cavité vaginale, les adversaires de la cure radicale ont mis en avant une théorie autrefois émise par Gosselin, à savoir que les fausses membranes qui englobent le testicule le rendent moins apte à ses fonctions et, comme le disait P. Broca « découragent la spermatogénèse ». C'était là un argument suffisant pour refroidir le zèle des plus ardents partisans de la cure radicale.

Heureusement il n'en est rien, et voici des faits qui le prouvent. Ce sont d'abord d'anciennes recherches de Reclus (1888). Sur onze cas où toute cavité vaginale avait disparu par une fusion absolue des deux feuillets épaissis et scléreux, huit fois les zoospermes existaient incontestablement.

C'est ensuite une thèse plus récente de M. Perret, thèse inspirée par Roux (de Lausanne) qui est un chaud partisan de la cure radicale. M. Perret pratiqua l'opération de l'hydrocèle sur des chiens et sur des lapins, et bien que les deux feuillets de la vaginale fussent intimement soudés, la spermatogénèse n'était nullement influencée.

Ainsi donc la cure radicale amène plus rapidement et plus sûrement la guérison que l'injection iodée, mais quelle en est la *gravité* ? Je dirais volontiers que la gravité est nulle toute les fois que la cure radicale est pratiquée par un chirurgien digne de ce nom ; malheureusement il en est de cette opération comme de bien d'autres, la cure radicale s'est « démocratisée », et a tenté la témérité de médecins inhabiles et ignorants.

Il en est résulté une série de cas malheureux qu'on chuchote, mais qu'on ne publie pas, et cela suffirait pour invalider la belle statistique de Wendling, qui accuse une suppuration sur 457 cas. Qu'est-ce à dire, sinon que l'incision est plus délicate et n'est pas à la portée de tout médecin comme l'injection iodée.

En matière de conclusion, je dirais volontiers qu'il faut traiter par l'incision toute hydrocèle soignée à l'hôpital dans un service de chirurgie, la guérison sera de la sorte plus certaine et plus rapidement obtenue. Quant aux malades soignés en ville ou à la campagne et auxquels répugne toute idée d'intervention sanglante, on a le droit de songer pour eux à l'injection iodée que si l'hydrocèle est simple et de date récente. Toujours, et quel que soit le milieu où l'on observe, l'incision de la vaginale s'impose s'il s'agit d'une *hydrocèle congénitale*, d'une *hydrocèle en bissac*, d'une *hydrocèle à cavités multiples*, d'une *hydrocèle récidivée* et de *corps étrangers de la vaginale*. L'indication sera d'autant plus formelle que les parois de la poche seront dégénérées ou épaissies.

C'est dans ces cas que l'on est parfois forcé, la vagi-

nale une fois ouverte, d'en faire la toilette et d'attendre le bourgeonnement de la cavité, qu'on se contente de bourrer de gaze iodoformée.

L'alcoolisme et les médecins

par le docteur **Ch. Ruyssen**.

On commence à parler beaucoup d'alcoolisme en France, les associations anti-alcooliques s'infiltrent partout, et tous les jours comptent de nouveaux adhérents. Des conférences s'organisent sur tous les points de la France ; partout s'étalent des brochures qui condamnent l'usage immodéré de l'alcool et révèlent ses tristes conséquences. C'est donc une question toute moderne. Les esprits superficiels ne verront là sans doute qu'un simple engouement, une affaire de mode : « Demain, disent-ils, on en parlera déjà moins et après-demain tout sera oublié. » Quiconque s'instruit de la question et raisonne sainement pense de tout autre façon. Il se convainc bien vite que ce grand mouvement d'opinion exprime l'angoisse où l'étude des ravages occasionnés par l'alcool plonge tout homme soucieux des intérêts de la société et de la prospérité de la nation.

En effet si, en 1850, les médecins connaissaient à peine le mot alcoolisme et n'étaient appelés à traiter que la forme aiguë de cette intoxication, aujourd'hui il n'est pas jusqu'au plus modeste praticien qui n'ait à observer journellement cette maladie sous sa forme la plus grave, la forme chronique. A quoi faut-il donc attribuer un pareil changement ? Des tableaux portant sur la consommation de l'alcool durant la deuxième moitié de ce siècle se chargent de la réponse. Il nous apprennent qu'en 1850 la consommation par tête de l'alcool à 100° atteignait à peine un litre et demi et que les neuf dixièmes de l'alcool consommé étaient de l'alcool de vin. Aujourd'hui la consommation de ce même alcool à 100° est de plus de cinq litres par tête ; la vingt-cinquième part en est constituée par l'alcool de vin, les vingt-quatre autres par des alcools de diverses provenances et infiniment plus toxiques que ce dernier.

Chacun sait à quelle source économique et sociale ce fléau puise son origine : la destruction par le phylloxera d'une grande partie des vignobles français, la découverte de procédés et de substances végétales capables de fournir des alcools à bon marché, les fraudes portant sur la rectification, la misère, etc., tout cela est connu.

Ce qu'on sait moins, c'est que la France est à l'heure actuelle la plus alcoolisée des nations européennes. Elle est seule avec la Belgique à avoir accru depuis cinquante ans le chiffre de consommation de tous les genres de boissons renfermant de l'alcool : boissons distillées, vin, bière. Mais elle use en outre d'une boisson que la Belgique ignore, le cidre, dont chaque Français consomme annuellement dix-huit litres. De ce fait, en tenant compte de l'alcool contenu dans toutes les boissons alcooliques, la France prend la tête des nations alcoolisées avec un chiffre de consommation de quatorze litres par individu et par année ; la Belgique la suit, mais avec dix litres seulement, de même l'Allemagne ; puis les Iles Britanniques avec neuf litres, etc.

Ce qu'on connaît moins encore, ce sont les pertes d'argent et d'honneur que la nation éprouve du fait de l'alcoolisme. Les prisons sont trop étroites et les asiles d'aliénés n'ont plus assez de lits. Les dégénérés abondent, le taux des natalités s'abaisse, tandis que celui des mortalités tend plutôt à s'accroître. Et sans aucun doute l'alcoolisme est en grande partie responsable de ces méfaits.

Enfin ce qu'on semble ignorer totalement, c'est que chaque individu, par sa seule action morale, peut beaucoup pour l'atténuation de ce fléau, et que rester inactif en présence d'un pareil danger, c'est commettre une faute grave.

Certains hommes attendent beaucoup, sinon tout, des futures mesures législatives. Assurément il en faut, et elles seront d'une réelle utilité ; mais de toutes celles qui ont été jusqu'ici proposées et mises à l'étude — et le nombre en est considérable — aucune n'est destinée à devenir une barrière toute-puissante en face du péril alcoolique. A peine en ose-t-on d'ailleurs attendre de prochaines et de sages, quand on songe qu'elle devrait être l'œuvre des élus de la nation et que celle-ci attend avec un étonnement mêlé de quelque peu d'indignation la suppression d'une monstrueuse injustice protégée depuis 23 années par ces mêmes élus, le privilège des bouilleurs de cru. Mais l'action morale, nous dira-t-on, que peut-elle faire à elle seule, et comment l'exercer d'abord ?

Un simple coup d'œil sur le mouvement anti-alcoolique à l'étranger durant ce siècle suffirait à instruire les ignorants et à convaincre les incrédules. Il leur

apprendrait que l'action morale dans les nations voisines et plus tard en France s'est exercée de deux façons différentes : 1° par le groupement des initiatives privées (associations de tempérance) ; 2° par l'éducation.

Les associations de tempérance, dans aucun pays, bien entendu, n'ont recueilli la majorité des suffrages, et toutes les nations comptent encore aujourd'hui plus d'adorateurs de l'alcool que d'amis de la sobriété. Néanmoins elles ont réussi à susciter contre l'alcoolisme un mouvement de réaction dont leurs nations respectives n'ont pas tardé à retirer d'inappréciables bénéfices. Aux chefs de l'armée anti-alcoolique elles ont fourni l'appui de leur haute autorité scientifique et morale; aux simples soldats le soutien d'un engagement d'honneur à la tempérance, parfois même à l'abstinence totale.

En organisant dans les écoles un enseignement de l'anti-alcoolisme, les nations européennes ont préparé pour les associations de vaillantes recrues ; elles réussissent à inspirer aux jeunes générations l'horreur d'un vice dégradant pour l'individu et ruineux pour les nations. L'alcoolisme reconnaissant l'ignorance où chacun vit des dangers de l'alcool comme un de ses principaux facteurs, prendre l'école comme champ d'action est le plus sûr moyen d'arriver à déraciner de vieilles erreurs; c'est attaquer le mal dans ses racines les plus profondes, le préjugé, cette forme de l'ignorance.

Des médecins de quelques nations européennes, nous citerons l'Angleterre, l'Allemagne, la Suisse et la Belgique, ont tenu à prendre une part toute spéciale à la campagne anti-alcoolique. Ils ont compris qu'ils étaient les éducateurs naturels de leurs semblables et que si eux, les premiers, n'engageaient par le combat contre les vieilles erreurs qui courent encore sur les soi-disant bienfaits de l'alcool, la victoire resterait incertaine ou se ferait longtemps attendre. Qui donc en effet pourrait mieux que les médecins savoir les propriétés physiologiques des boissons alcooliques, les effets qu'on doit attendre de leur usage modéré et les désastreuses conséquences qu'entraîne leur abus ? Qui donc mieux que les médecins pourrait encore propager et défendre cette parole du professeur LANNELONGUE : « L'alcool est un poison, et c'est pour cela qu'il est un médicament ? » (Discours *Chambre des Députés,* 1895). Des praticiens étrangers ont compris cela et ont jugé qu'ils seraient bien coupables de ne pas faire servir l'ascendant moral qu'ils ont sur leurs semblables à la défense des intérêts les plus chers de leurs nations respectives.

Seuls les praticiens français conservent vis-à-vis du péril alcoolique la plus entière neutralité. Il faut être juste cependant et reconnaître que quelques-uns d'entre eux se sont affiliés aux associations anti-alcooliques françaises et que ces mêmes associations doivent leur vitalité et leur prospérité aux médecins qui en ont été les fondateurs et les organisateurs. Mais ces hommes sont une infime minorité dans le corps médical.

Tous les autres praticiens restent totalement ou peu s'en faut indifférents à la question. A peine quelques-uns s'engagent-ils à tenter auprès de leurs malades une saine prophylaxie par de sages conseils. La plupart, se retranchant derrière le respect de la liberté individuelle, prétendent n'avoir aucun droit de priver leurs semblables des douceurs des fines dégustations et des joies des copieuses libations, c'est-à-dire au plaisir de s'empoisonner. D'autres prétendent le mal trop enraciné, partant incurable ; quelques-uns, enfin, disent : « La lutte anti-alcoolique ne nous revient pas de droit ; aux moralistes seuls appartient ce soin, à nous celui de cultiver la science pour elle-même. »

Un instant de réflexion suffit pour comprendre toute l'absurdité de pareils raisonnements. Mais s'ils n'étaient qu'absurdes, on ne songerait pas à leur en faire un crime. Ils montrent combien peu de praticiens ont une conception large et humanitaire de la science médicale. Un trop grand nombre d'entre eux caresse un idéal bien terne qui ne peut suffire qu'aux esprits médiocres, être et rester de simples « guérisseurs » ; ce qui les intéresse dans la médecine, c'est le diagnostic et la thérapeutique symptomatique ; ce qui les intéresse moins, ou même pas du tout, ce sont les origines lointaines, l'étiologie sociale des affections qu'ils soignent, leur prophylaxie et leur traitement hygiénique. En sorte que si leurs malades peuvent compter sur leurs soins intelligents et dévoués, et attendre d'eux quelque soulagement à leurs souffrances, la société et la nation, en revanche, n'ont à attendre d'eux que de minimes services. Leur inertie en face du péril alcoolique le prouve surabondamment.

Tout a une cause, il est vrai ; et les fautes les plus graves ont toutes, sinon leur excuse, au moins leur explication.

Nous reconnaissons trois catégories de médecins : la première comprend ceux qui ont d'eux-mêmes compris toute l'importance de leur rôle social et savent le jouer à merveille ; dans le second groupe figurent des hommes hostiles de parti pris à tout ce qui ne s'adresse pas directement à leur intérêt personnel et partant à toute œuvre humanitaire ; un troisième groupe enfin renferme des praticiens qui ne sont pas des hommes d'action pour la seule raison que jamais on ne leur a appris qu'ils avaient à jouer un rôle dans la société et quel était ce rôle. De ces deux derniers groupes on peut dire que l'inertie des médecins devant les grandes questions d'hygiène sociale tient aux lacunes de leur éducation.

L'enseignement des Ecoles de médecine se complaît trop dans les énumérations fastidieuses qui surchargent la mémoire de l'étudiant, mais n'élargissent en rien son jugement. On prend un à un les organes du corps humain, et l'on étudie successivement toutes les lésions et affections qui peuvent les atteindre. On sème ainsi dans leur intelligence des notions éparses et sans coordination réelle ; aucun enseignement ne vient coordonner ces notions et leur donner quelque vitalité ; c'est un corps inerte auquel il manque une âme.

Cette âme, l'enseignement qu'on donne aux jeunes médecins ne la possédera que le jour où, s'élevant au dessus des faits, il s'attaquera aux idées générales et s'ouvrira de plus larges horizons. Il est un moyen sûr d'atteindre ce but, c'est de mettre les futurs praticiens en contact avec les grandes lois de la physiologie, de la pathologie générale et de l'hygiène sociale. Nous appelons ainsi « hygiène sociale » une science qui étudie les maladies et principalement ces grands fléaux qui ruinent les nations tels que tuberculose, syphilis, alcoolisme, dans leur histoire, dans leurs origines lointaines, économiques et sociales, dans leurs conséquences sociales, enfin dans leur prophylaxie.

C'est pour étudier cette science, que nous nous sommes permis dans notre thèse inaugurale (1), de demander la création, dans les Facultés de médecine, d'un cours spécial portant sur cet ordre de questions. Dans ce cours l'étude de l'alcoolisme occuperait la place à laquelle ce fléau a droit aujourd'hui.

Ainsi on ferait connaître aux futurs praticiens un fléau social dont ils semblent ignorer presque tous aujourd'hui l'extrême gravité. Ils se rendraient compte que leur inertie est dangereuse, en ce qu'elle entretient des erreurs qu'il importe à la société de voir disparaître au plus vite. Il existerait dès lors à côté de l'enseignement scolaire anti-alcoolique, inauguré en 1897 par M. le ministre Rambaud, un enseignement médical de l'anti-alcoolisme qui viendrait combler en partie cette regrettable lacune : la non participation de l'enseignement supérieur à la campagne anti-alcoolique

(1) Ruyssen. Thèse Lille, n° 78 (*Projet d'un enseignement médical sur l'anti-alcoolisme*).

HYGIÈNE PRATIQUE

L'urine de digestion d'asperges

L'odeur que les asperges communiquent à l'urine est tellement désagréable à certaines personnes que beaucoup d'entr'elles refusent d'en consommer au repas du soir pour éviter pendant la nuit la fatigue de cette mauvaise odeur.

Voici un moyen simple et sûr d'empêcher cette émanation gênante :

Dans le vase de nuit on place quelques centigrammes de sublimé ou de tout autre sel de mercure soluble, ou bien un fragment de papier au sublimé ou papier Balme, ou plus simplement encore un cristal de sulfate de cuivre. En présence de ces sels métalliques, l'odeur spéciale de l'urine d'asperges ne se produit plus, ni aucune autre incommode. Les sels de plomb et de bismuth ne produisent pas un aussi bon résultat.

Il est probable qu'il s'agit là d'une essence sulfurée ou d'un dédoublement provoqué par une diastase, car les sels métalliques énumérés agissent de la même façon sur la macération de poudre de moutarde ; en leur présence, l'essence ne se produit pas et celle qui est déjà formée est rapidement détruite. Dr Carlas.

(Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux).

VARIÉTÉS

Fantaisies électro-anglaises

Notre savant confrère, l'*Industrie électrique,* publie les humoristiques traductions suivantes du numéro de Noël de *The Electrician :*

« Sur une nature de radiations entièrement nouvelles. Prof. S. P. Thompson.

» Ces rayons sont appelés rayons Y, parce qu'ils sont postérieurs aux rayons X. Ils sont obtenus en faisant réfléchir les rayons X sur une anticathode de paraketonidrodiphenylamysulphate sur un écran recouvert d'une solution alcoolique de trihardtogetthethingtofunctionphosphate (traduction : phospha-

te de travaillez dur à faire marcher la chose) cristallisé en quatre dimensions par évaporation à sec sur une allumette-bougie. Lorsque ces rayons traversent une bourse vide en cuir et tombent sur un compte de profits et pertes, ils montrent combien le propriétaire de la bourse *devrait* posséder.

Une batterie polyphasée. Prof. ARYTON et R. ARNO.

» Des expériences ont été faites sur une batterie à courants polyphasés de 250 chevaux construite par MM. Brown, Bovril et Cᵒ. On y a trouvé une grande quantité de dépôts, que l'un des auteurs croit être de la pâte, et l'autre tout simplement du diamant. On propose de construire une voiture à courants polyphasés actionnée par cette batterie, ce qui lui permettrait d'aller dans trois directions à la fois avec le courant triphasé et dans deux directions seulement avec le courant diphasé, d'où l'avantage du courant triphasé. On craint que la police ne reconnaisse pas cet avantage, qui pourrait interférer avec le courant continu des piétons.

L'arc alternatif. Mme ARYTON.

» Un arc à courant alternatif est éteint la moitié du temps, et le problème consiste à obtenir les extinctions dans la journée et les allumages pendant la nuit seulement ; c'est cela qui constitue le bon réglage de l'arc. On l'accuse souvent de basse fréquentation (low frequency) parce qu'il fréquente souvent les caboulots de bas étage. Le choix de la basse fréquence se justifie par une économie d'allumettes, car l'arc doit être rallumé à chacune de ses extinctions. »

NOUVELLES & INFORMATIONS

A Constantine (Algérie), à la suite d'un grand dîner offert par M. le docteur EMERY-DESBROUSSES, inspecteur général du service de santé, à ses amis, médecins et pharmaciens, des symptômes d'empoisonnement graves survinrent quelques heures après le repas chez onze d'entr'eux. Ils sont hors de danger aujourd'hui, mais un malheureux garçon, qui avait mangé les restes, a succombé au milieu d'atroces souffrances.

Aux 26 docteurs élus **députés** au scrutin du 8 mai, il en faut joindre 28 que le ballotage du 22 mai a envoyés à la Chambre. Ces confrères sont : MM. CAZAUVIEILH (Gironde); DELARUE (Allier); CAZALS et PESCHAUD (Cantal); VACHER (Corrèze); DE LANESSAN (Rhône); CLAMENT, POURTEYRON et SARRAZIN (Dordogne); DEFONTAINE (Nord); BAUDOUIN (Oise); CHAMBIGE (Puy-de-Dôme); CLÉDOU (Basses-Pyrénées); VIGER et VAZEILLES (Loiret); DEVINS (Haute-Loire); DUBOIS et CHASSAING (Seine); DE MAHY (Réunion); CHEVILLON (Bouches-du-Rhône); GUYARD (Aube); BONTEMPS (Haute-Saône); DUBIEF (Saône-et-Loire); CHAPUIS (Meurthe-et-Moselle); REY (Lot); DAVID (Indre); BIZARELLI (Drôme); DUQUESNAY (La Martinique).

Le Concours d'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) s'est terminé par les nominations suivantes :

CHIRURGIE : à Paris, MM. les docteurs LEGUEU, MAUCLAIRE, FAURE ; à Lyon, MM. NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD ; à Bordeaux, M. CHAVANNAZ ; à Montpellier, M. IMBERT ; à Nancy, M. ANDRÉ ; à Toulouse, MM. CESTAN et BAUBY ; à Lille, M. GAUDIER.

ACCOUCHEMENTS : à Paris, MM. les docteurs LEPAGE et WALLICH ; à Bordeaux, M. FIEUX ; à Toulouse, M. AUDEBERT.

Au **Concours** d'agrégation (section d'anatomie, physiologie, histoire naturelle) sont sorties les questions suivantes à l'épreuve orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation :

M. LAUNOIS, moelle épinière ; MM. RIEFFEL, PICOU, urètre masculin ; MM. COUSIN, BOUIN, corps opto-striés ; MM. LANGLOIS, HALLION, tissu nerveux : anatomie, physiologie.

Au **Concours d'agrégation** (section de chimie, physique, pharmacie), pour la même épreuve, sont sorties les questions suivants :

MM. POTTEVIN, SAMBUC, origine de l'azote organique ; MM. DEGREZ, MATZ, généralités sur les métaux alcalins ; leurs analogies, leurs différences, leurs rôles physiologiques ; MM. FIQUET, GÉRARD, les principes actifs du seigle ergoté ; MM. BERTIN-SANS, REGNIER, travail du muscle ; MM. BROCA, BORDIER, Phénomènes électrolytiques en général : électrolyse des tissus vivants.

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. CARLIER, professeur agrégé, vient d'être désigné pour faire partie du Comité de préparation du XIIIᵉ Congrès international de médecine (section de chirurgie urinaire, président M. le professeur GUYON), qui se tiendra à Paris, en 1900.

Les questions suivantes seront l'objet de rapports :

1° Des opérations conservatrices dans les rétentions rénales ; Rapporteurs : MM. BAZY (Paris), KUSTER (Berlin), et FENGER (Amérique).

2° De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses urinaires ; Rapporteurs : MM. POUSSON (Bordeaux), ISRAEL (Berlin), SAXTORPH (Copenhague).

3° Des résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique ; Rapporteurs : MM. LEGUEU (Paris), WHITE (Philadelphie), SOCIN (Bâle).

4° Des résultats éloignés des interventions sanglantes contre les rétrécissements de l'urèthre ; Rapporteurs : MM. ALBARRAN (Paris), HARRISON (Londres), MARIACHEF (Odessa).

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Ecole de médecine d'Angers. — M. le docteur FAGE est chargé d'un cours d'histologie durant le congé de M. MANQUAT.

— M. DECAMPS est prorogé dans ses fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

— M. le docteur MARTIN est chargé des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

— M. MALAPART est institué chef des travaux de physique et de chimie.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. LABATUT est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le docteur DONNET est institué chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Ecole de médecine de Poitiers, — M. BERLAND est prorogé dans ses fonctions de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Le numéro du *Bulletin administratif* du 30 avril 1898, contient des indications intéressantes sur la statistique générale des étudiants des écoles de province.

Le tableau suivant résume cette statistique :

ÉCOLES EN PLEIN EXERCICE	MÉDECINE	PHARMACIE	TOTAL
Marseille	224	134	358
Nantes	202	86	288
Rennes	187	84	271
Alger	88	79	167
Rouen	93	81	174
Angers	111	41	152
Limoges	69	41	110
Caen	36	53	89
Reims	58	26	84
Clermont	43	38	81
Dijon	48	33	81
Amiens	38	33	71
Tours	38	32	70
Poitiers	45	24	69
Grenoble	23	38	61
Besançon	32	19	51

UNIVERSITÉ DE PARIS

Le conseil de l'Université de Paris, a pris la délibération suivante :

Le diplôme de docteur de l'Université de Paris est délivré dans les formes prévues par le décret du 21 juillet 1877 et de la délibération du 28 mars 1898, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études et de subir leurs examens à la Faculté de médecine de Paris avec dispense du grade de bachelier.

Le présent règlement sera mis à exécution à partir de l'année scolaire 1897-1898.

Distinctions honorifiques

Sont nommés chevaliers dans l'ordre de la Légion-d'honneur : MM. les docteurs GAILLARD, médecin-major, et FLEURY-ZICE, président du Conseil d'hygiène de Saint-Etienne.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. NEUDÖRFER, privat-docent de chirurgie à Vienne ; GARTEN, privat-docent de chirurgie à Leipzig ; GRUBE, professeur émérite de clinique chirurgicale à Kharkof ; HALBERTSMA, professeur d'obstétrique à Utrecht ; ALONSO, professeur de clinique médicale à Salamanque.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

21e SEMAINE DU 22 AU 28 MAI 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	1
3 mois à un an	8	3
1 an à 2 ans	1	1
2 à 5 ans	5	5
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	5	6
40 à 60 ans	10	8
60 à 80 ans	14	10
80 ans et au-dessus	1	1
Total	54	36

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	6	9	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	4	»	»	»	»	»	1	8	15
Moulins, 24,947 hab.	»	3	»	»	»	»	»	1	3	»	1	»	»	1	»	»	1	1	»	1	12	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	3	»	5	»	»	3	»	»	»	»	»	5	17	25
Vauban, 20,381 hab.	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	4	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	1	1	1	1	»	»	»	6	14	10
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	5	9	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	4	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	4	9	22
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	3	4
Total	»	7	»	»	»	»	»	6	12	2	9	»	1	18	1	1	2	1	»	30	90	117

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 74. Deuxième Année, N° 24. Le Numéro : 10 centimes. 12 Juin 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Redaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Ostéopériostite nécrosique du maxillaire inférieur par infection salivaire, leçon de M. le professeur **Dubar**, recueillie par M. le docteur **Potel**, chef de clinique. — La déambulation des fracturés de jambe, par le professeur **H. Folet**. — FAITS CLINIQUES : Inversion complète de l'utérus, par les docteurs **Briquet** et **Chocquet**, d'Armentières. — Formulaire. — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M. LANDOUZY insiste sur le danger qu'offrent les collectivités d'individus au point de vue de la propagation de la tuberculose, et sur la nécessité de s'opposer à cette propagation en prenant des mesures excessivement rigoureuses dans tous les lieux (établissements d'instruction. grands magasins, théâtres) où les hommes se trouvent réunis en grand nombre.

⁂ M. DELBET présente des moulages d'une déformation singulière du poignet. La main, dont la conformation est normale, est déplacée dans son ensemble comme s'il existait une luxation du carpe en avant. Du côté interne, on voit une saillie considérable de la tête du cubitus qui a perdu ses connexions avec le pyramidal. Du côté du cubitus, il existe, au contraire, une descente en pente douce. M. LANNELONGUE a déjà observé cette déformation en 1870 et l'a attribuée à une luxation spontanée de la main en avant.

M. DUPLAY pense qu'il s'agit d'incurvation de l'extrémité inférieure du radius Au musée Dupuytren il existe deux pièces provenant d'une même malade qui sont des exemples de cette affection : le radius est profondément déformé.

⁂ M. FOLLET (de Rennes) rapporte l'observation d'une femme du meilleur monde, âgée d'une cinquantaine d'années, kleptomane depuis dix ans. Elle a déjà subi deux condamnations pour vol. Il est à remarquer que les vols avaient toujours été commis avec préméditation. L'auteur serait tenté d'attribuer ce trouble psychique à une syphilis ancienne caractérisée aujourd'hui par des gommes.

A la **Société de Biologie**, M. EGGER rapporte qu'il a étudié les mouvements respiratoires chez les hémiplégiques. Quand ces malades ont des troubles respiratoires, l'ampliation thoracique est moindre du côté paralysé. Dans deux cas paradoxaux, observés chez M. DÉJERINE, le contraire existait L'ampliation thoracique était deux et même trois fois plus grande du côté paralysé que du côté sain. Cette particularité s'observait pour la respiration costale supérieure, costale inférieure et diaphragmatique. Il s'agissait de deux sujets contracturés et paralysés depuis des années. On peut admettre qu'il s'agit là d'un phénomène analogue à celui de l'exagération des réflexes ou bien à la chorée posthémiplégique. BROWN-SÉQUARD avait depuis longtemps démontré qu'après l'hémisection de la moelle cervicale on constate que, du côté de la section, l'ampliation thoracique est plus grande. Il pensait qu'il s'agissait d'une dynamogénisation du fait de l'irritation médullaire.

*** MM. BERGONIÉ et SIGALAS se sont proposé de mesurer la surface du corps de l'homme. Ils ont apprécié d'abord les variations de mensuration pouvant se présenter entre une surface plane et la même surface rendue artificiellement de forme irrégulière. Se basant sur cette expérience, les auteurs ont recouvert la moitié du corps d'un sujet de bandes de diachylon découpées dans des rouleaux de surface connue. Le résultat pour la surface du corps est de 162,06 décimètres carrés. Les chiffres obtenus par M. BOUCHARD sont supérieurs d'environ un dixième.

*** MM. HAUSHALTER et GUÉRIN ont observé jusqu'à 3 grammes de nucléo-albumine chez un enfant tuberculeux. L'apparition de ce corps dans l'urine est souvent l'indice d'une tuberculose en évolution dans un organe quelconque.

*** M. PILLIET conclut de l'étude histologique qu'il a faite de trois cas d'appendicite folliculaire perforante que la perforation ne paraît pas se faire toujours d'emblée à travers toutes les tuniques. Elle peut procéder plus insidieusement et débuter par un abcès sous-chorial. Celui-ci serait dû à la formation d'une suppuration miliaire lymphatique. C'est un abcès par propagation, car la muqueuse interne est souvent intacte et la perforation est très difficile à voir. La perforation externe est, au contraire, grande : c'est elle qui donne naissance aux abcès péri-appendiculaires. Dans un foyer de suppuration, il est bien difficile de rétablir la filiation de ces faits. Ce sont pourtant eux seuls qui peuvent expliquer nombre de faits cliniques tels que les rémissions avant la perforation, l'absence de matières dans le pus, etc.

*** M. RETTERER a étudié la signification et les rapports du pisiforme et du pyramidal. Les points d'ossification varient en nombre : un ou deux suivant les animaux. Le pyramidal a été considéré comme une pièce carpienne ou comme le rudiment d'un doigt, par comparaison avec ce qui existe chez le plésiosaure. Il est probable que c'est un rudiment d'os carpien servant de bras de levier pour l'implantation du muscle cubital.

*** M. NICOLAS a démontré que l'addition de sérum de cheval immunisé contre la diphtérie à des cultures en bouillon de bacille de LŒFFLER produit le phénomène de l'agglutination. Cette réaction n'est pourtant pas constante, elle varie pour un même sérum suivant la variété de bacille qu'on emploie. Elle se produit environ dans la moitié des cas. Il y a probablement une raison biologique permettant d'expliquer les différences qu'on observe dans la production du phénomène.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. FERRAND présente une observation de reins kystiques remarquables par la multiplicité des lésions, qui ont transformé ces organes en deux tumeurs polykystiques, et par le fait que la substance rénale suffisait encore à assurer l'émonction. Il existait en outre des kystes du foie et de l'ovaire, donnant à la maladie un aspect de parasitisme.

*** M. JEANSELME communique un nouveau cas de syringomyélie dans lequel une adénite sus-épitrochléenne accolée au nerf cubital fut prise, pendant la vie, pour une névrite lépreuse. Le nerf cubital était à peine augmenté de volume.

*** M. RENDU a soigné un vieillard de 73 ans, amené à l'hôpital pour une grande faiblesse à la suite de l'inanition à laquelle il était réduit depuis plusieurs semaines. Après trois semaines de séjour, cet homme fut pris de fièvre : il existait à la base du poumon droit une matité occupant le quart inférieur de la poitrine, avec diminution de vibrations. le malade mourut. L'autopsie démontra la présence d'un épanchement séreux de un litre. A la partie postéro-inférieure de la cavité pleurale était un caillot d'odeur putride : tout à fait à la base, on trouve un foyer de gangrène pulmonaire circonscrite du volume d'une noix. Même lésions à gauche, mais beaucoup moindres. Ainsi une bronchopneumonie septique, assez virulente pour amener une gangrène complète d'une région du poumon, a pu évoluer sans donner lieu à aucun trouble fonctionnel.

*** MM. RÉNON et FOLLET ont observé une parotidite double chez un homme de 51 ans, qui s'était appliqué une couche de teinture d'iode sur la poitrine. Le lendemain, la région devint douloureuse et œdématiée et le surlendemain, la parotide gauche s'hypertrophiait, devenait dure et rouge ; trois jours après, parotidite droite. L'état de la muqueuse buccale du malade, chiqueur de longue date, avec des dents en très mauvais état, a joué ici un rôle singulièrement prédisposant : GUELLIOT avait vu déjà l'injection de teinture d'iode dans une hydrocèle être suivie d'un gonflement parotidien de peu de durée. M. LEGENDRE dit que lorsqu'on donne la teinture d'iode à hautes doses, il est fréquent d'observer des manifestations douloureuses du côté des parotides.

A la **Société de chirurgie**, M. POUSSON dit qu'il a eu recours à la néphrectomie dans un cas de néphrite interstitielle. Il s'agissait d'un malade atteint

d'hématurie d'origine rénale droite. L'examen histologique démontra l'existence d'une sclérose rénale avec points hémorrhagiques. M. POIRIER a fait une opération toute semblable, mais son malade est mort d'urémie deux mois plus tard : aussi est-il d'avis de s'abstenir. M. PICQUÉ a opéré il y a quelques années une femme âgée, atteinte d'hémorragie rhénale unilatérale. Il trouva un kyste de l'extrémité inférieure du rein qu'il ouvrit. Ultérieurement, cette malade a subi l'ablation d'une tumeur vésicale. M. MONOD proscrit la néphrectomie quand il n'existe pas de lésions rénales évidentes.

⁂ M. POTHERAT se range complètement à l'avis de MM. SEGOND et QUÉNU sur la valeur de l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibrome. La forme du fibrome est un facteur plus important que son volume, les fibromes étalés au-dessus du détroit supérieur descendant avec les plus grandes difficultés dans le petit bassin. M. ROUTIER estime que l'hystérectomie vaginale est la meilleure des opérations quand elle est possible : elle peut être pratiquée pour des tumeurs qui remontent jusqu'à l'ombilic. La voie abdominale doit néanmoins être préférée dans certains cas.

⁂ M. MOTAIS traite le ptosis congénital de la façon suivante : il incise la sclérotique, désinsère la portion médiane du tendon du droit supérieur, puis fait passer cette languette tendineuse à travers l'insertion du tendon du releveur et le fixe sur le cartilage tarse. De cette manière, le droit supérieur continue à avoir son action sur l'œil par ses deux extrémités latérales, tandis que la partie médiane vient remplacer le releveur. Le résultat est parfait et le droit supérieur pourvoit aux mouvements de l'œil et de la paupière.

⁂ M. REYNIER présente un volumineux calcul du rein, du poids de 650 grammes ; le diagnostic de cancer avait été fait, et comme signe, le malade n'accusait qu'une hématurie il y a dix ans et une autre un mois avant l'opération.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. CARLIER présente un malade chez qui il a fait, trois ans auparavant, de la prothèse testiculaire à la suite de l'ablation du testicule gauche pour une volumineuse hématocèle non décorticable. Cette prothèse consiste en l'inclusion dans les tissus des bourses d'un ovoïde en argent très léger. M. CARLIER insiste sur l'absolue nécessité d'une asepsie parfaite du corps prothétique.

M. CARLIER a recherché chez ce malade si le lobe prostatique correspondant au testicule enlevé avait subi l'atrophie que l'on signale du côté de la prostate chez les jeunes sujets à la suite de l'ablation du testicule. Dans le cas présent, il n'en est rien ; ceci confirmait l'opinion de BAZY que l'ablation des deux testicules est nécessaire pour produire de l'atrophie prostatique.

⁂ M. LAMBRET présente, au nom du professeur FOLET, des pièces de kyste hydatique du foie. Il s'agit en substance d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus qui n'avait pas été localisée après examen minutieux. Il n'y avait pas de symptômes spéciaux. Laparotomie. La tumeur du volume d'une grosse orange à ce moment, très tendue, siège sur le bord inférieur du lobe gauche du foie. Après section du ligament suspenseur du foie, elle est amenée assez facilement au dehors et fixée à sa base au péritoine pariétal. Une ponction ramène un liquide puriforme qui contient des crochets et des éléments granulo-graisseux.

La tumeur est laissée sous un pansement en dehors du ventre. Au bout de huit jours, le professeur FOLET constate qu'il n'y a pas d'adhérences, il enserre la base de la tumeur et la portion correspondante du foie dans une ligature élastique, puis sectionne le tout au dessus. Guérison très rapide.

Le morceau enlevé comprend le kyste tout entier, et environ 200 grammes de tissu hépatique.

⁂ M. AUSSET présente un petit malade portant à la partie postéro supérieure du pariétal droit une collection fluctuante, limitée par un bourrelet osseux, indolente, survenue en quelques jours. M. AUSSET discute fort habilement toutes les hypothèses et se rallie au diagnostic de céphalo-hématome tardif.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique Chirurgicale de la Charité

Ostéopériostite nécrosique du maxillaire inférieur par infection salivaire

Leçon de M. le professeur **Dubar**,
recueillie par M. le docteur **Potel**, chef de clinique

MESSIEURS,

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui d'un malade couché au n° 18 de la salle Sainte-Marie et de chercher à élucider l'origine des nécroses multiples et superficielles qu'il a présentées depuis

quatre ans, du côté du maxillaire inférieur. L'ostéo-périostite à laquelle ont succédé ces nécroses, a présenté un début et une marche tout à fait particuliers; elle diffère notablement de ce que nous avons l'habitude d'observer en clinique et de ce qui est décrit dans les auteurs classiques.

Il s'agit d'un homme de 26 ans, d'aspect chétif, fatigué. Son état général s'est modifié heureusement depuis un mois qu'il est dans le service.

Ses antécédents héréditaires sont suspects. Son père est mort de tuberculose pulmonaire. Sa mère est morte d'infection puerpérale.

Cependant, jusqu'à l'âge de 22 ans, il n'a jamais fait de maladie sérieuse. Ses deux dentitions se sont effectuées normalement. Le malade ne présente pas trace de ganglions. L'auscultation ne révèle rien d'anormal.

A 22 ans, sans cause appréciable, sans fièvre vive, apparaît au niveau du menton, un peu à droite de la ligne médiane un petit bouton induré faisant saillie à l'extérieur et à l'intérieur. Les dents correspondantes ne le faisaient pas souffrir. Ces dents existent encore normales, sans carie. On lui fait une incision cutanée et une incision du côté de la muqueuse. Une certaine quantité de pus s'écoule. Peu de temps après cette incision, apparaît un gonflement des gencives du côté droit de la mâchoire inférieure. Au bout de quelques jours le gonflement gagne l'os, le malade a de la difficulté pour mastiquer, l'haleine est fétide. On parle d'accidents scorbutiques (?) Le médecin fait des scarifications nombreuses et profondes le long des gencives. Il sort du sang, mais point de pus. La tension diminue légèrement, on fait de nouvelles scarifications, mais, point important sur lequel nous insistons, *on ne prend aucun soin antiseptique*, ni gargarisme, ni lavages de la bouche.

Un an après le début de la maladie survient un gonflement de l'angle droit de la mâchoire, on fait une incision Il se forme une fistule, qui, au bout d'un certain temps, laisse s'éliminer une esquille. La fistule se ferme, une légère amélioration se produit, mais les gencives restent sensibles.

Six mois après, le côté gauche de la mâchoire inférieure se prend à son tour, les gencives se tuméfient, deviennent douloureuses, les dents s'ébranlent, deviennent mobiles et se couchent vers la droite. Croyant que les dents sont la cause de cet état inflammatoire, on arrache deux grosses molaires, qui n'étaient pas cariées Cette avulsion n'amena aucune rémission des symptômes.

Depuis un an, les dents se sont consolidées, les gencives sont plus dures. Pourtant il persiste à gauche une légère mobilité de deux dents.

De temps en temps, il se produit des poussées d'ostéite du maxillaire, avec nécroses superficielles qui se font jour au dehors.

C'est ainsi que depuis un an se sont éliminées, une esquille au niveau du menton, un peu à gauche de la ligne médiane; une sous le rebord inférieur du maxillaire à droite; une sur la ligne médiane. On fit des incisions. L'esquille éliminée, la plaie se referma.

Une dernière poussée d'ostéite est apparue il y a trois mois dans la région mastoïdienne gauche.

Actuellement, le malade présente deux fistules, une massétérine et une sus-hyoïdienne. La première conduit sur une portion dénudée de la table externe de l'os; la seconde, après un trajet de quatre centimètres conduit sur une partie nécrosée de la face interne du maxillaire inférieur à l'union du corps et de la branche montante.

L'opération a été pratiquée sous vos yeux. Vous avez pu voir que j'ai enlevé deux esquilles lamelleuses, l'une à la face interne, l'autre à la face externe de l'os. Les suites opératoires furent excellentes Je recommandai au malade de se gargariser la bouche très souvent et de faire de fréquents lavages à l'eau boriquée. Pour les pansements on se servit de gaze iodoformée.

Aujourd'hui le malade est guéri et demande à sortir. L'examen microscopique des esquilles enlevées a été fait. Nous en reparlerons tout à l'heure.

Maintenant que je vous ai exposé succinctement l'histoire de notre malade, il est permis de nous demander quelle est la nature de l'affection en présence de laquelle nous nous trouvons.

Pour cela, nous procéderons par élimination, nous circonscrirons de plus en plus le débat.

En premier lieu, il ne s'agit pas d'une **nécrose d'origine dentaire**. Notre malade n'a jamais eu de carie, ni de lésions dentaires, et sauf leur inclinaison bizarre qui les fait ressembler à des épis courbés par un coup de vent, ces dents sont en parfait état.

La **nécrose traumatique** est également hors de cause. Le malade n'a jamais eu ni contusion, ni fracture du maxillaire. On ne l'a jamais cautérisé ni par l'acide arsénieux ni par un autre caustique, puisque ses dents sont en parfait état.

S'agit-il d'une de ces ostéopériostites nécrosiques que l'on rencontre dans la période de **convalescence des fièvres éruptives**, et des fièvres graves? Evidemment non, puisque notre sujet n'a jamais été atteint d'aucune de ces affections.

Nous pourrons éliminer également le **cancer** et la **syphilis**. Nous n'avons ici ni le gonflement, ni la friabilité, ni l'aspect des lésions épithéliomateuses. D'autre part, nous n'avons pu déceler chez notre malade aucun stigmate de syphilis.

Quant au **noma** ou gangrène de la bouche, il laisse des cicatrices et des traces indélébiles que l'on ne rencontre pas ici.

Il ne faut pas songer non plus à une **stomatite ulcéro-membraneuse**. (Il n'y a jamais eu d'ulcéra-

tions), ni à une **stomatite toxique**, mercurielle, arsenicale ou phosphorée. Notre malade n'a jamais été soumis à aucune médication et il ne manie ni phosphore ni arsenic.

Après avoir éliminé toutes ces causes de nécrose, il reste à examiner d'un peu plus près trois variétés auxquelles on peut plus particulièrement songer en raison de l'âge du malade, de ses antécédents et des lésions gingivales qu'il a présentées au cours de son affection.

S'agit-il d'une **ostéo-myélite infectieuse ?** Cette affection frappe de préférence les adolescents et se localise volontiers sur les os longs. La raison n'est pas péremptoire. LANNELONGUE, en effet, a observé plusieurs cas d'ostéo-myélite du maxillaire inférieur, coïncidant avec des manifestations sur d'autres points du squelette. Dans un seul cas, l'affection était localisée au maxillaire seul. Mais, Messieurs, l'ostéomyélite a un début plus éclatant, plus solennel, accompagné de phénomènes fébriles intenses. Ici, rien de tout cela : un bouton au niveau du menton, qu'on incise et qui donne issue à un peu de pus. Ce n'est que plus tard que l'os se prend. Mais, autre point important ! Dans les cas observés jusqu'ici, l'ostéo-myélite du maxillaire inférieur, reste unilatérale, et donne des nécroses centrales. Ici, la lésion est bilatérale, et vous avez pu voir que les fragments retirés consistaient en de petites esquilles lamelleuses, sous-périostiques. Nous pouvons donc éliminer l'ostéomyélite des adolescents.

Sommes-nous en présence d'**une ostéite tuberculeuse ?**

Certes, le malade a des antécédents très nets. Son père est mort de tuberculose pulmonaire. Mais notre sujet paraît indemne de tuberculose : point de stigmates, pas d'engorgement ganglionnaire. L'auscultation du poumon ne nous révèle aucun bruit anormal. Mais, fait démonstratif, l'examen microscopique des fragments enlevés a été pratiqué, et on n'a trouvé ni follicules tuberculeux, ni bacilles de Koch.

Nous éliminerons également le diagnostic d'actinomycose. Le malade n'a jamais présenté de fongus actinomycosique, le pus ne contenait point de grains soufrés et par le microscope, il a été impossible de déceler la présence de mycomycètes.

Sommes-nous réellement, comme on l'a dit au malade, en présence d'un cas de **scorbut ?** Je ne le pense point. Le malade n'a jamais présenté ni gonflement des membres inférieurs, ni ecchymoses, ni pétéchies, ni stomatite hémorrhagique.

A quoi devons-nous donc nous arrêter ? Nous venons de passer en revue tout le cadre nosologique des nécroses du maxillaire et notre malade ne rentre dans aucune de ces catégories? Que faut-il donc admettre ? L'histoire du malade nous répondra.

Rappelez-vous la marche de cette affection. Elle débute par un petit abcès au niveau du menton. Le médecin ouvre la peau et la muqueuse. Du pus s'écoule dans la cavité buccale. Le malade ne se rince même pas la bouche ! Les gencives s'enflamment, on fait une quarantaine de scarifications sur ces gencives et, point important sur lequel j'insiste, jamais on ne fait d'antisepsie, ni lavages, ni gargarismes.

Que s'est-il passé? Ces scarifications profondes, atteignant le périoste, ont joué le rôle d'inoculations, la salive a constitué l'élément virulent.

L'inflammation limitée jusque-là aux parties molles a gagné le maxillaire; de petits abcès sous-périostés ont amené la mortification, la nécrose des lamelles périostiques qui se sont éliminées à différentes reprises et que vous m'avez vu enlever.

Il s'est passé chez notre malade ce qui se passe dans les fractures compliquées du maxillaire. Vous savez que si l'on ne prend point des soins antiseptiques énergiques et pour ainsi dire continus, les fragments osseux baignés dans la salive, milieu essentiellement microbien, s'infectent, se nécrosent et des esquilles s'éliminent au bout d'un certain temps.

En résumé, la nécrose observée nous paraît être le résultat de lésions inflammatoires, infectieuses, provenant de la contamination par les microbes de la bouche. Il s'agit d'une **ostéo-périostite nécrosique du maxillaire inférieur, par infection salivaire.** Il nous semble qu'on ne peut expliquer autrement les faits que nous avons observés.

Cette manière d'envisager l'origine des accidents nous conduit à une thérapeutique qui nous permet d'espérer la guérison définitive, sans nouvelle nécrose.

Nous ne pouvons évidemment pas affirmer d'une façon absolue qu'il ne se produira plus de nécrose. Il y a peut-être au niveau des points sous-périostiques enflammés des nécroses en voie de formation, mais au moins notre traitement, en supprimant l'inflammation de la bouche, arrivera à en limiter le nombre et l'étendue. Deux indications étaient à remplir :

D'abord supprimer le foyer de nécrose et de suppuration de l'angle du maxillaire. Nous avons du curetter la table interne et la table externe du maxillaire et drainer la cavité. La plaie s'est réunie et aujourd'hui le malade est complètement guéri.

La seconde indication, celle que le malade devra continuer à remplir chez lui, c'est de faire l'antisepsie de la bouche. Vous avez vu que nous avons ordonné au malade des gargarismes fréquents au chlorate de potasse, à l'acide borique, etc.

Je vous conseille dans des cas semblables de varier vos antiseptiques. La liste est longue, depuis le phénosalyl et le thymol, jusqu'au borate de soude et la liqueur de LABARRAQUE. Je vous recommande aussi dans le cas d'infection buccale les grands lavages de la bouche. Vous vous servez pour cela d'un bock irrigateur, d'une douche d'ESMARCK. Vous donnez une irrigation buccale comme une irrigation vaginale à raison de deux litres chaque fois. Ces grands lavages ont l'avantage de nettoyer complètement les replis gingivaux, les interstices des dents et d'entraîner au dehors, la salive septique et les détritus alimentaires. Vos malades vous en sauront gré, à cause du bien-être qu'ils éprouvent ensuite.

Nous avons aussi recommandé au malade de se brosser les dents, mais avec une brosse souple, afin de ne pas produire d'excoriation des gencives. Avec ces moyens, j'espère que le malade restera définitivement guéri de son affection, et qu'il ne se formera plus de nouveau foyers d'ostéite et de nécrose.

La déambulation des fracturés de jambe

Par le Professeur **H. Folet**

J'ai protesté naguère contre l'injuste dédain que l'on professe généralement chez nous pour les appareils ambulatoires, couramment appliqués depuis vingt ans en Allemagne, en Russie, en Amérique, aux fractures des os de la jambe.

La chirurgie française, d'ordinaire si friande de nouveautés exotiques, s'est obstinément refusée à essayer celle-ci. Sans l'avoir expérimenté, on a criblé d'objections théoriques cet appareil fondé sur ce principe que le blessé peut marcher en s'appuyant par l'évasement tibial sur les branches d'un long étrier métallique, lesquelles transmettent au sol le poids du corps; le tibia et le péroné brisés restant suspendus sans supporter aucune pression.

HENNEQUIN en particulier, déclare impossible de trouver point d'appui sur des saillies noyées dans la graisse chez les gras, et n'opposant même chez les maigres quelque résistance aux moyens de fixation que quand la constriction qui les étreint est assez énergique pour devenir dangereuse. Très pessimiste, il voit les fragments « chevaucher sûrement » et menacer de perforation les téguments enfermés dans « cette prison cellulaire » (1).

Séduit cependant par les faits qu'ont publiés RECLUS et CESTAN, et dans lesquels l'appareil de marche, appliqué dès les premiers jours, permit aux blessés de circuler dans les salles le surlendemain et de sortir bientôt dans la rue, sans que la consolidation fût le moins du monde retardée, j'ai imité la pratique de RECLUS, en modifiant un tantinet son étrier métallique. Je n'entrerai pas ici dans la description minutieuse de ces appareils, ni dans les détails de leur application. Le lecteur trouvera tout cela et dans la communication de RECLUS à l'Académie, en juin 1897, et dans mon article de l'*Echo médical du Nord* du 9 janvier 1898.

Comme RECLUS, et en dépit des prévisions fâcheuses, j'ai obtenu des résultats remarquables : Dès la première semaine, voire dès le quatrième jour, j'ai fait marcher des fracturés de jambe. Certains blessés, naturellement plus adroits et plus hardis que les autres, apprennent très vite à se servir de l'appareil et à se passer des cannes de soutien ; mais tous arrivent en peu de jours à une habileté satisfaisante. Ils déambulent sans aide dans la salle, vont seuls aux cabinets, se promènent au jardin, etc. Il faut plutôt réprimer leur activité que la stimuler. Aucun, si l'appareil est bien fait, ne se plaint des pressions exercées sur le chapiteau tibial que l'expérience démontre être un point d'appui suffisant. Nulle méthode ne se prête mieux, nous l'allons voir, à une surveillance méticuleuse et incessante du déplacement fragmentaire, pas même le traitement par massage quotidien sans appareil, que j'ai essayé deux fois lors de l'apparition du livre de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, et qui d'ailleurs ne convient qu'aux fractures sans tendance au déplacement, puisque l'on est obligé de tirer tous les jours le membre de sa gouttière pour la séance de massage et de l'y remettre ensuite. Le traitement de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE condamne d'ailleurs, comme les vieilles méthodes, le blessé au séjour constant au lit. Il m'a donné,

(1) Revue d'orthopédie, janvier 1897.

il est vrai, la consolidation dans le temps normal; mais cette consolidation est obtenue par l'appareil de marche en un temps tout aussi court, avec aussi peu d'atrophie musculaire, et d'œdème du membre, aussi peu d'enraidissement des jointures et gaînes synoviales voisines. La marche remplace le massage.

Il n'est pas juste de proclamer le traitement par la marche inutile et illusoire, par cela seul qu'il ne permet pas toujours la reprise immédiate et totale de la besogne professionnelle du malade. Certes, le facteur rural ne recommencera pas tout de suite sa tournée et le couvreur ne remontera pas d'emblée sur les toits. Mais si, en une huitaine, vous rendez un médecin capable de descendre en son cabinet et même de faire quelques visites, un employé de se rendre à son bureau, un chef d'usine de reparaître dans ses ateliers, n'aurez-vous pas rendu à ces blessés un signalé service ?

J'avais appliqué d'abord la méthode à des traumatismes relativement favorables (fractures bi-malléolaires avec luxation du pied, fractures directes et quasi-transversales des deux os de la jambe), que le hasard avait offerts à mon observation. J'attendais l'occasion de quelques-unes de ces fractures à biseau très oblique et difficile à maintenir si fréquentes dans les hôpitaux ; persuadé que, même alors, avec une gouttière contentive bien appliquée après dégonflement, et laissée ouverte en avant pour permettre la surveillance de déplacements possibles, on devait réussir à faire marcher le patient.

Deux cas de cette espèce se sont bientôt présentés ; ils sont très probants. Les voici :

Observation I. — Delm. ., Désiré, 31 ans, ouvrier à l'usine de Fives, 22, rue Adolphe-Werquin, à Lille.

Le 28 janvier 1898, chute par glissade sur le bord d'un trottoir, fracture des deux os de la jambe au quart inférieur. La cassure du tibia est en biseau très aigu, saillant sous la peau à la face antéro-interne de la jambe.

Le blessé entre dans mon service le 31 janvier. Gonflement considérable. Compression ouatée et immobilisation dans une gouttière en fil de fer, jusqu'au 8 février ; époque à laquelle, le dégonflement étant presque complet, j'applique la gouttière contentive plâtrée. La réduction était aisée, mais le déplacement se reproduisait avec une grande facilité. Aussi, la gouttière plâtrée étant posée, je maintiens soigneusement moi-même les fragments en bonne situation jusqu'à solidification très complète du plâtre. C'est là une condition essentielle de succès. Il faut avoir la patience d'attendre un bon quart d'heure. Le lendemain, la bande qui moulait la gouttière plâtrée sur la jambe est enlevée et remplacée par des bracelets de diachylon. Toute la face antérieure de la jambe est à découvert et une échancrure du bord interne de la gouttière au niveau du biseau tibial permet de bien surveiller ce point. La pointe osseuse se sent à peine sous la peau ; d'ailleurs une boulette d'ouate appliquée sur la base du biseau et maintenue par un bracelet de diachylon tend encore à empêcher toute saillie.

Le 10 février, application de l'appareil ambulatoire. Le 12 février, le malade commence à marcher. Au bout de peu de jours, il circule dans les salles. Le 20 février, je le présente à la Société des Sciences de Lille. Il monte et descend sans trop de peine l'escalier de quarante-deux marches qui conduit à la salle des séances. Comme il faisait mauvais temps, je le fais prendre à l'hôpital et l'y ramène en voiture ; mais, si c'eût été l'été, le malade aurait fait au moins une fois à pied le kilomètre qui sépare l'hôpital du local de la Société.

L'appareil, toujours bien surveillé, est laissé en place jusqu'au 10 mars. Il est alors enlevé. Consolidation complète. Pas de saillie de fragment ; très peu de raideur tibio-tarsienne. Sortie de l'hôpital le 16 mars.

Observation II. — Thiéb. . . , 47 ans, ajusteur, 28, rue Bernos, Lille.

Entré le 13 avril dans mon service. La veille, chute dans la rue ; fracture de deux os de la jambe droite. Biseau très aigu du fragment tibial supérieur, gonflement considérable. Pendant huit jours, compression ouatée et immobilisation dans une gouttière de fil de fer. Puis, le 21 avril, application de la gouttière contentive plâtrée, avec tout le soin et toutes les précautions décrites dans l'observation précédente. Quatre jours plus tard, pose de l'appareil de marche. Dès le lendemain, le blessé commence à circuler dans la salle et fait de rapides progrès. Le 3 mai, il demande à retourner chez lui. J'essaie en vain de le retenir, il sort le 5 mai avec son appareil.

Revu le blessé chez lui le 24 mai. Il a lui-même enlevé la veille son appareil et nous l'a renvoyé à l'hôpital. Consolidation ; pas de saillie du fragment tibial, dont la pointe se sent à peine sous la peau ; articulation tibio-tarsienne très libre ; pas de gonflement du membre.

De tout cela on peut légitimement conclure, ce me semble, que l'appareil ambulatoire mérite de se répandre en ville comme à l'hôpital, plus qu'à l'hôpital même : chez les malades aisés il assurera souvent la reprise incomplète mais suffisante de la besogne professionnelle ; chez les pauvres il facilitera l'hygiène et la propreté du ménage, n'immobilisant pas le fracturé pendant des semaines sur un lit souvent unique que l'on ne peut refaire durant tout ce temps, et permettra au blessé de s'occuper de quelques menus soins d'intérieur.

Assurément pour donner ces résultats l'appareil doit être convenablement exécuté. Si le chirurgien n'est pas appelé tout-à-fait au début, avant la survenue du gonflement, il attendra que le dégonflement se produise. La gouttière contentive demande tous ses soins : il est indispensable et qu'elle maintienne hermétiquement et solidement la coaptation et qu'elle permette la surveillance. Quant à l'étrier ambulatoire, il ne doit en rien blesser le malade, même au repos. Ne vous obstinez pas à faire marcher un patient avec un appareil qui le gêne ; refaites-le sans hésiter. Il faut certes pour tout cela plus d'attention, d'adresse et d'ingéniosité que pour enfermer, trente ou quarante jours durant, la fracture, censée bien réduite, dans une carapace inamovible ; ce pendant que le chirurgien va deux ou trois fois par semaine tailler un bout de conversation avec le client inamoviblement couché sur son lit,

Et vous lui fait un beau sermon
Pour l'exhorter à la patience.

Sans contredit le premier de ces traitements exige beaucoup plus d'initiative et de vigilance que le second. Tout de même le jeu en vaut la chandelle.

Il est bon de dire et de répéter ces choses, car bien peu de médecins encore paraissent disposés à faire profiter les malades de ce progrès très réel du traitement des fractures de jambe. Quelques confrères pourtant, auxquels j'ai montré mes résultats d'hôpital, ont usé de la méthode et s'en sont bien trouvés. M. le docteur Bombard (de Solesmes) m'écrit par exemple : « J'ai soigné trois fractures de jambe par l'appareil ambulatoire ; j'en suis enchanté, et les malades en sont encore plus enchantés que moi. Guérison plus rapide : aucun œdème. ». Il en est de même de M. le docteur Dransart (de Pont-de-la-Deûle), qui m'adresse l'observation suivante :

Observation III. — Ric... Alphonse, de Pont-de-la-Deûle, âgé de 16 ans, ouvrier à la fosse nº 4 de l'Escarpelle, ayant été pris sous un éboulement, a eu les deux os de la jambe gauche fracturés au tiers supérieur. Le 4 mars, j'ai d'abord appliqué un appareil de Scultet que j'avais sous la main. Le 9, j'ai appliqué la gouttière plâtrée contentive ; le 11, l'appareil ambulatoire définitif, et le 13, il s'est mis à marcher chez lui et aux alentours, à l'aide de deux cannes. Je lui ai enlevé tout le système le 27 avril. Depuis ce temps, il se promène comme un écolier en vacances, il n'a plus de bâton et ne boite plus. Il ne reprendra son travail que le 1er juin, mais, s'il y avait été forcé, il aurait déjà pu le faire depuis quinze jours. (Ceci est écrit le 23 mai.)

En résumé, en admettant même que, dans certaines fractures particulièrement malaisées à maintenir, on ne puisse faire marcher les malades que tardivement, quand les fragments sont déjà soudés, ou que l'on doive à la rigueur s'en tenir alors à la vieille immobilisation, j'estime que l'appareil ambulatoire sera fort utile aux blessés dans des cas très nombreux, même lorsqu'on aura affaire à des fractures obliques et de contention difficile. Dès aujourd'hui, les neuf dixièmes des fracturés de jambe pourraient légitimement se plaindre du chirurgien qui, trop fidèle aux vieux dogmes, leur infligerait systématiquement quarante jours de matelas.

FAITS CLINIQUES

Inversion complète de l'utérus

par les docteurs **Briquet** et **Chocquet**, d'Armentières

L'inversion utérine est le retournement de la matrice. Le fond de l'utérus arrive successivement au contact du col, du vagin, de la vulve et parfois même se montre à l'extérieur. Cette dernière variété étant extrêmement rare, nous avons cru devoir publier l'observation suivante qui présente d'ailleurs quelques particularités intéressantes à signaler :

La fille D..., âgée de 19 ans, primipare, d'une bonne santé habituelle, ressent les premières douleurs le 27 mars 1898, à neuf heures du soir, et met au monde, le 28 mars, à neuf heures du matin, un enfant pesant 6 à 7 livres. L'accouchement a été facile et la sage-femme qui l'assistait se met en devoir, quinze minutes environ après la venue de l'enfant, d'achever la délivrance ; elle tire très modérément sur le cordon, le placenta arrive à la vulve puis au dehors, mais là une résistance insolite se produit et une hémorrhagie abondante se déclare. La sage-femme *donne 50 centig. d'ergot de seigle* ; mais reconnaissant qu'elle se trouve en présence d'un cas anormal et se rendant compte de suite, par l'état général, de la gravité de l'hémorrhagie, n'hésite pas à réclamer en toute hâte l'aide d'un médecin. Nous arrivons en même temps, trois quarts d'heure après, et nous trouvons l'accouchée exsangue, sans pouls, mais cependant ayant encore en partie sa connaissance. De la vulve sort une masse grosse comme une tête d'enfant, où un examen sommaire nous permet de reconnaître l'utérus en inversion complète et le placenta décollé dans une faible étendue. L'hémorrhagie est actuellement légère. Pendant que l'un de nous serre fortement avec le pouce et l'index de chaque main les deux côtés de la matrice, au niveau des utérines, l'autre décolle très rapidement et sans

grande difficulté le placenta et essaie aussitôt d'opérer le retournement. Le refoulement dans le vagin est facile; la matrice, qui ne saigne plus, est en état de relâchement, mais le col est rigide (probablement par suite de l'administration de l'ergot). On le sent très facilement par la paroi abdominale, où il donne la sensation d'un anneau dur, laissant avec peine passer deux doigts, et qu'il nous semble difficile de faire franchir à la masse utérine ; par le toucher vaginal, nous ne sentons pas le col. Nous faisons pendant quatre ou cinq minutes tous les efforts de réduction possibles, mais sans succès. Craignant que la muqueuse utérine en inversion n'absorbe trop le sublimé, seul antiseptique dont nous disposions, nous appliquons comme tampon,dans le vagin, un linge propre trempé dans un mélange d'eau bouillie et d'eau-de-vie ordinaire.

Après avoir laissé à l'accouchée une demi-heure de repos, nous enlevons le tampon qui n'est pas souillé ; aucun écoulement de sang ne se produit. L'orifice du col, toujours très facilement perceptible par la paroi abdominale, est encore rétréci ; il laisse seulement passer un doigt. Pendant que l'un de nous cherche à dilater cet orifice à travers la peau de l'abdomen, l'autre cherche à faire passer dans l'anneau l'organe inversé ; après deux minutes d'efforts, très brusquement,la résistance opposée par le col cède complètement et la réduction s'opère avec la plus grande facilité. La main est laissée quelques minutes dans la matrice pour chercher à provoquer les contractions, mais bien que celles-ci tardent à venir et restent peu actives, il n'y a pas d'hémorrhagie; on retire la main, la réduction paraît se maintenir et le globe utérin devient manifeste. Le pouls est revenu et la malade se sent très soulagée ; comme elle réclame fort vivement un peu de répit, nous décidons de remettre à deux heures plus tard les injections antiseptiques intra-utérines nécessaires et introduisons dans le vagin un tampon de toile trempée dans de l'eau alcoolisée. Nous donnons 1 gramme d'ergot et prescrivons du champagne.

Une heure après, la malade s'éteignait, et la sage-femme, qui assistait à ses derniers moments, nous a dit qu'aussitôt après notre départ, le pouls avait de nouveau faibli et que la mort était arrivée peu à peu sans souffrances. La sage-femme affirme que la réduction s'était maintenue et que le tampon vaginal enlevé après la mort n'était pas taché de sang.

Nous croyons que la mort a eu ici pour cause autant le choc traumatique que l'hémorrhagie, puisque le pouls s'était relevé. Après la réduction, l'état général s'était si avantageusement modifié que nous pensions n'avoir plus à craindre que l'infection puerpérale ; c'est donc elle que nous nous proposions surtout de prévenir. Si nous avions pu rester auprès de notre accouchée et constater que le pouls faiblissait, nous aurions sans aucun doute essayé les injections de sérum artificiel et peut-être aurions-nous réussi. Dans les cas de ce genre, il conviendrait donc de se tenir sur ses gardes et de ne pas trop se fier à l'amélioration momentanée de l'état général que peut amener la réduction de l'inversion.

Nous insisterons sur ce fait que les difficultés de la réduction dans notre cas ont eu en grande parti eleur cause dans l'administration intempestive d'ergot.

Un autre point intéressant est de se demander quelle a été ici la cause de l'inversion. Faut-il incriminer des tractions trop fortes ? Nous ne le pensons pas. La sage-femme nous a affirmé n'avoir fait que des tractions très modérées et nous croyons que si les tractions exagérées étaient la seule cause de l'inversion, cet accident serait beaucoup moins rare. Peut-on admettre, qu'étant donné la coexistence d'un relâchement paralytique des fibres du corps et d'une rigidité spéciale du col, le fond de l'utérus est entraîné par de faibles tractions sur le placenta à travers l'anneau rigide formé par le col ? Ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle se rapporte bien aux sensations signalées au cours de notre observation (mollesse du corps utérin, dureté du col). Resterait à déterminer la cause de cet état différent des fibres dans les deux parties d'un même organe.

FORMULAIRE

Mode d'emploi de l'onguent mercuriel

M. Welander recommande de prendre un sac de toile de ·0 centimètres sur 40 centimètres, de le retourner et d'enduire d'onguent les deux surfaces apparentes et de le retourner ensuite, de manière que l'onguent soit à l'intérieur du sac ; on applique alors le sac sur la poitrine ou dans le dos, en le maintenant au moyen d'épaulettes. On peut n'appliquer le sac que la nuit. Au bout de cinq jours, on peut constater la présence du mercure dans l'urine. Avec ce procédé, la pommade ne salit pas la peau du malade. (*Répert. de pharm.*, 10 mars 1898)

Contre les mauvaises odeurs

Pour éviter les odeurs des selles et des urines dans la chambre des malades, on peut jeter dans le vase de nuit ou la bassine avant de s'en servir, 5 grammes du mélange suivant : chlorure de zinc, 100 grammes ; acide sulfurique, 5 à 10 grammes ; de nitrobenzol, 2 centimètres cube ; bleu d'indigo, 15 centigrammes. L'urine dissout ce mélange qui devient à la fois un désinfectant et un désodorant. Les selles ne se décomposent pas avec ce procédé, il peut servir pour conserver les matières alvines vingt-quatre heures et davantage pour un examen (*Zeitschr. für Krankenpflege*, février.)

VARIÉTÉS

La population de nos Universités.

Le ministère de l'Instruction publique vient de publier la statistique générale des étudiants (Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur), au 15 janvier 1898.

Il résulte de ce travail que la population scolaire de nos Facultés, à cette époque, n'était pas inférieure au chiffre de 28.782. Ce nombre se décompose ainsi : hommes, 27.911 (dont 26.419 Français et 1.492 étrangers); femmes, 871 (dont 579 Françaises et 292 étrangères).

Les Facultés et Ecoles de médecine sont fréquentées par un total de 8.064 élèves, dont 399 femmes; 734 étudiants et 168 étudiantes sont étrangers.

En dehors des Universités, les Ecoles de médecine extra-légales et les Ecoles d'Alger sont respectivement fréquentées par 949 (70 femmes) et 763 (24 femmes) jeunes gens.

Paris est habité par 11.647 étudiants, dont 3.971 étudiants en médecine. Lyon a la population scolaire la plus importante après Paris. Sur 2.235 étudiants qu'on y compte, 1.106 (dont 33 femmes) fréquentent la Faculté de médecine. En troisième rang vient Bordeaux, avec 2.144 étudiants, dont 737 pour la médecine.

Toulouse, Montpellier, Lille, Rennes, Nancy, sont habitées chacune par plus de 1.000 étudiants. On compte : à Toulouse, 12 femmes (sur 1.885); à Montpellier, 83 (sur 1.496); à Lille, 18 (sur 1.354); à Rennes, 23 (sur 1.063); à Nancy, 38 (sur 1.001).

— Le livre attendu du professeur SCHENCK sur la détermination des sexes, vient de paraître en librairie. D'après les résumés publiés par les journaux viennois, la thèse qu'y développe le professeur SCHENCK est la suivante :

Les femmes atteintes de glycosurie ne forment généralement que des filles ; même chez celles des femmes qui, n'étant pas apparemment atteintes de cette affection, et qui pourtant ont une tendance à engendrer plutôt des filles, on retrouve en analysant les urines, des traces plus ou moins fortes de sucre.

Les femmes qui ont de préférence des garçons, au contraire, ont leurs urines abondamment chargées de substances réductrices : acide urique, pigments, créatinine, etc., et le sucre y fait constamment défaut.

D'où le professeur SCHENCK conclut que, pour avoir des garçons, il faut débarrasser l'organisme de la femme de l'excès de sucre qu'il pourrait contenir et y augmenter les éléments réducteurs par une alimentation azotée convenable. Ce traitement, pour être efficace, doit être commencé cinq mois au moins avant la conception.

D'une façon générale, on trouve peu concluant l'exposé du professeur SCHENCK. Ses collègues de Vienne, tenus à une certaine réserve, se bornent à déclarer que la théorie demande à être vérifiée par une expérience prolongée.

A Berlin, on critique ferme les déductions du savant viennois. Le professeur LEYDEN trouve la démonstration tout à fait insuffisante. De même les physiologistes ENGELMANN, MUNK et ZUNG, les professeurs HERTWIG et WALDEYER attendront, pour se prononcer, le contrôle du temps. Quant à VIRCHOW, il continue à rester incrédule, après comme avant l'exposé du professeur SCHENK.

Médecin centenaire

Le dernier survivant de la guerre de l'Indépendance en Grèce, le docteur MAVROGENIS, vient d'accomplir sa centième année. Né à Paros en 1798, il abandonna ses études en 1821, quittant une université italienne et rentra en Grèce où il se distingua dans plusieurs batailles. Les nombreuses blessures qu'il avait reçues ne l'ont pas empêché d'atteindre un âge extraordinaire. Le docteur est très bien portant et habite avec une sœur, son aînée de dix ans.

Encombrement

Une petite note fait le tour de la presse médicale américaine, affirmant que la ville de Columbus, dans l'Etat d'Ohio, possède 1,300 médecins pour une population de 100.000 âmes, soit un médecin pour 77 personnes.

Devant un tel encombrement on est étonné qu'il y ait encore des candidats médecins en Amérique et surtout qu'il y ait des gens risquant l'amende et la prison pour insérer de petites notes comme celles-ci qui vient d'être relevée dans un grand journal de New-York, le *Times* : « On demande un titre professionnel. On achèterait, avec le droit de s'en servir, le nom d'un médecin retraité. Adresser les offres à.. »

Intérêts Professionnels

Médecin. — Délivrance de certificat

Victime d'un accident causé par un cocher, lequel était assuré à une Compagnie d'assurances contre les accidents, un ouvrier fit présenter par un mandataire, au siège de cette compagnie, un rapport du docteur N... constatant qu'il avait reçu des lésions graves et de nature à l'empêcher de reprendre son travail pendant trois ou quatre semaines. Sur le vu de ce certificat, la compagnie paya une somme de 200 fr.

Quelques mois après, la compagnie apprit qu'elle avait été trompée, que l'ouvrier n'avait reçu qu'une contusion légère ayant entraîné un repos de deux jours seulement, qu'il était bien allé chez le docteur N..., mais qu'il n'avait été reçu que par la domestique et qu'il n'avait pas été vu par le docteur chez lequel il n'était plus retourné. Bref, le docteur N... avait délivré un certificat de pure complaisance.

La Compagnie actionna, devant le tribunal de la Seine, l'ouvrier et le docteur N... qui furent condamnés solidairement à 200 fr. de dommages-intérêts. Trib. civ. Seine, 24 décembre 1897 (Loi du 26 février 1898). — Cette décision n'est qu'une application du principe général posé par l'art. 1382 C. civ., en ces termes : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer. » On remarquera que la responsabilité du médecin en pareille circonstance ne suppose nullement une fraude, une collusion avec le client bénéficiaire du certificat, mais seulement une négligence, une imprudence, qui puisse être considérée comme une faute. Art. 1383, C. civ.

A ce propos, on se demandera peut-être si, et dans quels cas

un médecin est tenu de délivrer un certificat de maladie. La question a été soumise, il y a quelques années, au juge de paix d'Ath, par un fonctionnaire, un professeur, auxquels les règlements prescrivaient de justifier de l'inaccomplissement de ces fonctions, sous peine de retenue de traitement et de mesure disciplinaire. Elle a été tranchée par une distinction qui paraît très juridique.

En principe, le médecin n'est pas légalement tenu de se rendre à l'appel d'un malade et de lui donner ses soins ; par suite, le médecin, qui ne traite pas un malade, ne peut être tenu de lui délivrer un certificat quelconque.

Mais, si le médecin a consenti à soigner le malade, il se forme entre eux un contrat innommé, qui oblige le médecin à s'acquitter envers son client des devoirs ordinaires de son état. Or, lorsque le médecin consent à soigner un fonctionnaire, un ouvrier, la victime d'un accident, il doit prévoir que son témoignage sera demandé par ce client, il accepte donc implicitement la charge de lui délivrer éventuellement un certificat, et la délivrance de ce certificat devient pour lui une véritable obligation. Ajouter que, sur ce point, la raison et l'équité sont d'accord avec la loi, car une solution contraire abandonnerait le malade à l'arbitraire et au mauvais vouloir du médecin, qui pourrait ainsi, quand il le voudrait nuire impunément à son client. Justice de paix d'Ath, 10 février 1894 (*Revue des Justices de paix*, 1895, 241).

V. sur la délivrance de *certificats de complaisance* par les médecins : Brouardel, *La responsabilité médicale*, p. 294.

J. J.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Au Concours d'agrégation (section d'anatomie, physiologie et histoire naturelle), les questions suivantes sont sorties à l'épreuve d'une heure, après quarante-huit heures de préparation :

MM. Bouin, anastomoses entre les nerfs crâniens (anatomie, histologie) ;
Picou, mode de développement des organes unilatéraux impairs non symétriques ; de leurs anomalies et en particulier de l'inversion des viscères ;
Launois, système veineux (anatomie descriptive, histologie et préparation) ;
Rieffel, de la colonne vertébrale en général ;
Cousin, des organes rudimentaires en anatomie humaine ;
Hallion, la mesure des phénomènes psychiques ;
Bardier, la pression osmotique dans les liquides de l'organisme ;
Langlois, le rythme dans l'activité nerveuse et dans l'activité musculaire ;
Billard, la loi de la conservation de l'énergie dans l'organisme animal ;
Verdun, action générale des helminthes sur l'organisme ;

Au Concours d'agrégation (section de physique, chimie, pharmacologie), pour la même épreuve, ce sont les questions suivantes qui sont sorties :

MM. Bertin, résistance électrique des tissus de l'organisme et du corps humain ;
Bordier, méthodes calorimétriques applicables aux sources vivantes ; appareils, résultats ;
Broca, méthodes des explorations physiques de l'audition ;
Gérard, le phénol et ses dérivés au point de vue pharmaceutique ;
Martz, le fer dans l'organisme ;
Desgrès, rôle des matières minérales dans l'économie.

Sur la liste des médecins militaires dont les rapports sur le fonctionnement du service ont mérité une citation nous relevons, comme intéressant la région, ceux de : MM. les médecins-majors de 1re classe Camus (de St Omer), Klein (de Sedan), Lallemant (de Verdun).

— **L'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale en 1898** comprend : 282 médecins de réserve, savoir 5 majors de 2me classe, 52 aide-majors de 1re classe, 225 aide-majors de 2me classe ; 415 médecins de l'armée territoriale, savoir : 35 majors de 2me classe, 180 aide-majors de 1re classe et 200 aide-majors de 2me classe.

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le docteur Deléarde, notre collaborateur, agrégé des facultés de médecine, est appelé par anticipation à l'exercice à dater du 1er juin 1898.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Le 3 juillet prochain, la Société de médecine de Caen et du Calvados célébrera son centenaire. Créée le 27 brumaire, an VII, sous le titre de Conseil de Santé près l'administration du Calvados, cette Société n'a cessé de fonctionner depuis sa création et compte actuellement 70 membres résidents, associés ou correspondants.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Le *Medical Register*, l'annuaire médical anglais pour 1898, vient de paraître. Le nombre total des médecins dont le nom figure sur cet annuaire s'élève au chiffre formidable de 34.903 pour le Royaume-Uni. Ce total se subdivise ainsi : Angleterre et pays de Galles, 22.576 ; Ecosse, 3.417 ; Irlande, 2.616 ; à l'étranger, 3.773 ; armée, marine et services médicaux de l'Inde, 2.521.

Que peut faire l'Angleterre de tous ces médecins et que peuvent faire tous ces médecins en Angleterre ?

SOCIÉTÉS SAVANTES : ACADÉMIE DE MÉDECINE

MM. les docteurs Marvaud (de Toulouse), du Cazal (de Nice), ont été élus membres correspondants.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. Hureau de Villeneuve, de Paris ; L. Bourguet, de

Béziers (Hérault) ; Fontaine, médecin principal des colonies ; Lapra, de Paris; Fisse, de Cadéac (Gironde).

BIBLIOGRAPHIE

Le Diabète sucré et son traitement hydrologique, *Étude comparative*, par le Dr E. Dubourcau, médecin aux Eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), lauréat de l'Académie de médecine, etc., avec une préface de M. le docteur F. Garrigou, de Toulouse. — Ouvrage couronné par l'Académie de médecine; prix Capuron, 1894. Docteur Albert Robin, rapporteur.

Pour donner une juste idée de cet ouvrage et de sa valeur pratique, nous ne saurions mieux faire que de relater le jugement qu'en a formulé M. le docteur Albert Robin dans son rapport à l'Académie de médecine sur le concours du prix Capuron, en 1894.

« Ce mémoire (no 4), très volumineux, ne comprend pas moins de 700 pages.

» La première partie est consacrée à l'étude médicale du diabète et à sa pathogénie...

» La deuxième partie et la plus importante répond bien exactement au sujet proposé par l'Académie. Avant d'analyser séparément l'action de chacune des eaux minérales, l'auteur a rassemblé les jugements que les médecins dont le nom fait autorité, ont porté sur la cure hydrologique du diabète. Puis vient l'étude individuelle de chaque station, étude très complète où la plupart des eaux minérales sont passées en revue...

» Il y a là un ensemble de pièces qui n'avaient point été réunies jusqu'ici...

» Les conclusions par lesquelles l'auteur résume son long travail présentent un caractère de précision qui a vivement frappé les membres de la Commission, et constituent une sorte de *vade mecum* très clinique qui sera vivement apprécié...

» Ce mémoire no 4 répond donc très bien à la question posée par l'Académie, et l'érudition dont son auteur fait preuve évitera à ceux qui le liront les longues et difficiles recherches d'une documentation approfondie. »

OUVRAGES DÉPOSÉS AUX BUREAUX DU JOURNAL :

Trente années de pratique médicale à Contrexéville, par le docteur Debout d'Estrées. Paris, Baillière, 1898.

Ueber Naftalan, par le docteur Rosenbaum, extrait de Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1898, no 14.

Crymothérapie locale dans la tuberculose pulmonaire, par le docteur Elysée Ribard. Paris, Dosmond, 1898.

L'organotherapie nelle nefriti della infanzia, par le professeur L. Concetti. Rome, Centenari, 1898.

Service de kinésithérapie gynécologique : comment on fonde une méthode, par le docteur Stapfer. Dijon, Darentière, 1898.

Notes cliniques sur les eaux d'Evian, par le docteur F. Chiais. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1897.

Traitement médical des pyélites par les bains de vapeurs résineuses sèches de copeaux frais de Pin mugho, par le docteur Benoit du Martouret. Paris, Don, 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

22e SEMAINE DU 29 MAI AU 4 JUIN 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	7
3 mois à un an	7	4
1 an à 2 ans	5	2
2 à 5 ans	1	»
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	5	4
40 à 60 ans	9	7
60 à 80 ans	10	10
80 ans et au-dessus	1	2
Total	46	38

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	11	13	21	30	17	11	8	5	12	1	5	134
TOTAL des DÉCÈS	2	4	9	29	6	8	6	10	8	1	1	84
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS : Autres causes de décès	»	2	2	10	1	3	4	3	5	»	»	30
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	2
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2
Phthisie pulmonaire	1	»	1	3	2	1	1	1	1	»	»	11
Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	»	2	3	7	»	»	»	»	»	»	»	12
Maladies organiques du cœur	»	»	1	1	2	1	1	2	»	»	»	8
Bronchite et pneumonie	»	»	1	2	»	2	»	1	1	»	»	7
Apoplexie cérébrale	»	»	»	1	1	»	»	3	»	»	1	6
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	2
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gérant, Th. Clerquin

N° 75. Deuxième Année, N° 25. Le Numéro : **10** centimes. 19 Juin 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à **M. le docteur COMBEMALE,** *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Causes, Mécanisme, Etendue et Effets des déplacements du Cœur et des Organes abdominaux dans les Epanchements pleurétiques, par le docteur **G. Carrière.** — De l'emploi de la digitale dans certaines infections, par le docteur **Marius Bourgain.** — Livres ; Analyses. — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie des sciences,** M. OLLIER lit un mémoire sur la création de nouvelles articulations entre des os normalement indépendants, dans les cas où les anciennes articulations complètement détruites ne peuvent être reconstituées. Dans le cas particulier de l'auteur, il s'agissait d'un malade à qui on avait déjà réséqué l'extrémité supérieure de l'humérus et l'omoplate, M. OLLIER obtint une néorthrose solide, par la fixation de la clavicule à l'extrémité supérieure flottante de la diaphyse humérale L'auteur modifia par des sutures les points d'insertion du deltoïde et des muscles scapulaires de manière à rendre leur action possible pour la nouvelle articulation Le résultat fut excellent.

A l'**Académie de médecine**, M. LABORDE lit un travail de M. WEIL sur un nouveau procédé de traitement électrique des maladies de la peau. L'auteur s'est servi de courant de haute fréquence obtenus avec une machine statique. Les résultats auraient été bons.

⁂ M. CHAUVEL soumet à l'Académie les propositions suivantes touchant la tuberculose dans l'armée :

1° Au conseil de revision, plus de sévérité dans les admissions au service armé ; l'exemption des tuberculeux avérés; l'ajournement des sujets ou suspects de tuberculose latente ;

2° Au bureau de recrutement plus de rigueur dans les engagements volontaires.

3° La réforme temporaire pour les tuberculeux au premier degré, sans expectoration, et pour les hommes chétifs, candidats à la tuberculose.

4° La réforme définitive, dès que les crachats contiennent du bacille de Koch.

5° L'application dans les casernes des mesures de prophylaxie appropriées.

6° Augmentation de la ration alimentaire, du volume d'air attribué à chaque homme, exécution des prescriptions relatives à la salubrité des casernes.

A la **Société de chirurgie**, M. HERNIER relate l'observation d'un jeune homme chez qui il a pratiqué la néphrectomie pour hématurie rénale, *sine materia*. Au microscope on trouve de la sclérose du rein avec des lésions inflammatoires récentes, peut-être d'origine tuberculeuse.

M. ROUTIER, sur un rein enlevé par hématurie, dite *sine materia*, a trouvé des tubercules.

M. REYNIER a observé des cas analogues. Ces faits doivent faire songer à la tuberculose quand, chez les sujets jeunes, on constate des hématuries d'origine rénale, dites *sine materia*.

⁂ M. QUÉNU présente deux nouvelles observations

de cholédo cotomie sans sutures, suivie de guérison. Le foie était cependant très altéré. Malgré la création de la fistule biliaire, l'auteur a pu constater la présence du pigment biliaire dans l'urine pendant assez longtemps M. ROUTIER a également renoncé aux sutures dans la cholédocotomie. Dans un cas, l'auteur, trouva une vésicule très distendue et pas de calcul dans l'intérieur, mais on sentait une nodosité immobile sur la tête du pancréas. La distension de la vésicule, contrairement à la loi de COURVOISIER, fit croire qu'il s'agissait d'un néoplasme. Le malade mourut. L'autopsie démontra que les nodosités étaient bien des calculs situés l'un à l'ampoule de VATER, l'autre à la naissance du canal hépatique. La loi de COURVOISIER n'est donc pas absolument exacte.

A la **Société de Biologie**, MM. GILBERT et FOURNIER étudient l'adénomégalie dans la cirrhose hypertrophique biliaire. Les ganglions sont gros, pouvant atteindre le volume d'un œuf de poule, mais ils sont mous et incapables d'exercer aucune compression. L'adénomégalie doit être rapprochée au point de vue du mécanisme pathogénique et de sa signification, de la splénomégalie; elles témoignent toutes deux de la nature infectieuse de la maladie.

*** M. MEUNIER donne le résultat de ses recherches concernant le satellisme des colonies du bacille de PFEIFFER dans les cultures mixtes. Quand dans son milieu approprié, on ensemence du bacille de PFEIFFER en surpiquant çà et là du staphylocoque doré, on favorise d'une façon remarquable la culture du bacille GRIPPOL au point de donner des colonies géantes, dix et vingt fois plus grandes que celles d'une culture témoin pure.

*** M. SABRAZÈS a étudié l'action du suc gastrique sur les propriétés morphologiques et sur la virulence du bacille de KOCH. Le bacille tuberculeux ne perd dans le suc gastrique sa vitalité et sa virulence qu'au bout de trente-six heures. La plus grande partie des éléments de la cellule bactérienne se comportent comme la cellulose et la nucléine et ne sont pas digérés

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. MILIAU présente une malade, âgée de 29 ans, atteinte d'hydarthrose chronique des articulations phalango-phalangiennes. Comme la malade est atteinte d'infection gonococcique, il est possible que l'affection articulaire ait une origine blennorrhagique.

*** M. SEVESTRE a observé chez un enfant, au cours d'une pneumonie aiguë, des symptômes méningitiques. Il est probable qu'il y a eu une méningite à pneumocoques. L'enfant a guéri.

D'après M. NETTER, il faut réagir contre cette croyance, qui veut que la méningite soit toujours suppurée et toujours mortelle. Lorsque la pie-mère est faiblement atteinte, la guérison est possible.

A la **Société d'obstétrique**, M. BUDIN étudie la dystocie par l'anneau de BANDL. Les difficultés que l'anneau de BANDL peut apporter à l'accouchement sont nombreuses et les complications variées.

Dans un cas de l'auteur, la contraction s'exerça sur le cou, empêchant les épaules et le tronc de descendre. Cette rétraction peut aussi mettre obstacle à l'accouchement dans les présentations de la face, du siège et de l'épaule. La contraction anormale de l'anneau de BANDL peut même exister dans certains cas où les membranes sont encore intactes. Cette disposition peut amener de grands obstacles à la version pelvienne par manœuvres internes. L'enchatonnement du placenta, au moment de la délivrance est beaucoup plus connu.

L'auteur conclut en disant que la contraction de l'anneau de BANDL peut être une cause fréquente de dystocie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Causes, Mécanisme, Etendue et Effets des déplacements du Cœur et des Organes abdominaux dans les Epanchements pleurétiques (1)

par le docteur **G. Carrière**,
professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille,
Chef du Laboratoire des Cliniques.

Si les déplacements du cœur dans le cours de la pleurésie sont connus depuis longtemps déjà, ceux des organes abdominaux sont absolument négligés, à l'heure actuelle, et personne n'en parle. Du reste, les déplacements du cœur eux-mêmes sont le point de départ de bien des contradictions. C'est pour essayer d'éclaircir cette question que j'ai entrepris une série de recherches à l'aide des procédés scientifiques les plus modernes et les plus perfectionnés.

Mode d'emploi. — Les résultats de nos recherches sont basés sur 36 observations cliniques et 54 expériences sur le cadavre.

Cliniquement, lorsque nous nous trouvions en pré-

(1) Extrait d'un mémoire couronné par la Faculté de Bordeaux, le 17 novembre 1897.

sence d'un sujet atteint d'épanchement pleurétique, nous déterminions rigoureusement la situation des organes par la percussion, la phoneudoscopie et la fluoroscopie.

La percussion donne de bons résultats, mais approximatifs, qui doivent être corroborés par la phoneudoscopie. Ce dernier procédé donne d'excellents résultats. Néanmoins il faut, pour arriver à la précision, avoir une certaine habitude. Ce que nous pouvons affirmer c'est que sur le cadavre nous avons mainte fois vérifié les données fournies par ce procédé d'investigation. Avant la mort nous limitions exactement à l'aide de la percussion et du phoneudoscope cœur, foie, rate, etc ..., après la mort de longues aiguilles étaient enfoncées aux limites tracées à l'aide du crayon dermographique; on ouvrait le cadavre et l'on vérifiait.

Eh bien, l'on peut affirmer que dans l'immense majorité des cas l'on ne se trompe point et que l'erreur, quand elle existe, ne dépasse guère deux à trois centimètres.

La fluoroscopie venait confirmer et compléter ces résultats. (Bergonié et Barrière, académie des sciences, 6 décembre 1897).

Nos examens cliniques et fluoroscopiques étaient toujours faits à quelques minutes d'intervalle, l'examen clinique précédant l'examen radioscopique et ses résultats étant aussitôt inscrits. Le malade était examiné dans les mêmes positions, assis ou couché, sur le même lit, choisi très transparent aux rayons X. Pendant l'examen clinique les zones de matité étaient limitées suivant le procédé indiqué par l'un de nous, d'abord au crayon dermographique, puis par un fil de plomb épousant le trait du crayon et maintenu en place à l'aide de collodion. On peut, par ce procédé, constater facilement la coïncidence ou la non coïncidence des limites des zones d'opacité et de matité.

Pendant l'examen fluoroscopique nous avons essayé d'éviter de nombreuses causes d'erreur, notamment celles provenant : 1° de la position du tube par rapport à l'organe ; 2° de la distance du tube au thorax ; 3° de la non perpendicularité de l'écran à l'axe du faisceau divergent émané du tube ; 4° de l'emploi d'un tube à plusieurs foyers ou sans foyer proprement dit.

On le mettait d'ailleurs dans les meilleurs conditions, en se servant de tubes neufs, peu résistants, ne devant faire qu'un court usage et fortement poussés en conséquence au moyen d'une très forte bobine.

Chacun de nos malades était examiné dans au moins quatre positions successives.

Tube en avant, tube en arrière, le malade étant assis, puis le malade étant dans le décubitus dorsal, dans le décubitus ventral, le tube étant sous le lit : enfin dans les décubitus latéral droit et gauche.

Nous avons pu contrôler ainsi nos résultats phoneudoscopiques et ceux qui nous étaient fournis par la percussion. Empressons-nous de dire que le plus souvent nos constatations étaient confirmatives.

Enfin, nous avons institué une série d'expériences sur le cadavre. Ces expériences doivent être minutieusement exécutées et voici la technique que nous avons suivie. Inciser les téguments sur la troisième côte ; découvrir le troisième cartilage costal avec soin et enfoncer par un mouvement de vrille un gros trocart à trois centimètres du rebord sternal à droite, à cinq centimètres à gauche et en dirigeant légèrement la pointe vers la gauche. Injecter le liquide (de l'eau) lentement avec un seringue de Dieulafoy.

On examine alors par la percussion le déplacement de l'organe ; ce procédé manque de précision. Il vaut mieux, quand on dispose d'un nombre de sujets suffisants, arrêter l'expérience à 0 litre 500, 1 litre, 1 litre 500, 2 litres, etc... ; ouvrir alors l'abdomen ou le côté opposé à l'épanchement pleurétique artificiellement créé et noter le déplacement aussi soigneusement que possible. Nous avons créé aussi des pleurésies artificielles droite, gauche et double.

Je dois dire qu'il est bon, avant d'ouvrir le thorax ou l'abdomen, de prendre la précaution de fixer les organes solidement en place à l'aide de fortes aiguilles enfoncées de part en part du corps.

Il ne faut point se dissimuler les difficultés de ces expériences ; voici les principales :

a) Il existe des adhérences pleurales. Ce sont alors des cas anormaux que nous avons rejetés. Or ces adhérences sont nombreuses sur 156 sujets non tuberculeux avérés et sur lesquels nous avons expérimenté, nous en avons trouvé 102 qui ne pouvaient servir à nos recherches.

b) La perforation de la côte ou du cartilage costal par le trocart, doit être préférée à celle des espaces intercostaux qu'employait mon maître, le professeur Pitres, dans ses expériences. Dans ce dernier cas, plus l'épanchement augmente, plus l'espace intercostal s'élargit, l'orifice se dilate, le liquide s'écoule

au dehors. Ceci ne se produit pas en suivant la technique que j'ai décrit.

c) Il convient d'enfoncer le trocart jusqu'à ce que sa pointe soit mobile dans tous les sens, ce qui indique que l'on se trouve bien dans la cavité pleurale. Si l'on néglige cette précaution, on pousse l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané et l'expérience est nulle.

Voici maintenant les conclusions que nous pouvons tirer de nos recherches :

Les déplacements du cœur sont la règle dans les pleurésies gauches. Au-dessous de un litre, le cœur ne se déplace que quand le malade est dans la station verticale et la pointe ne s'abaisse guère que de trois à quatre centimètres.

Dans les épanchements de un à trois litres, le cœur se déplace de telle sorte que sa pointe s'abaisse et se rapproche de la ligne médiane au voisinage de l'appendice xyphoïde. Son grand axe tend donc à devenir vertical.

Dans les épanchements de plus de trois litres, le cœur est refoulé en masse avec la cloison médiastine vers la droite, mais il reste vertical, sa pointe reste dans le voisinage de l'appendice xyphoïde.

Jamais on n'observe la torsion du cœur. Partout on voit écrit que : dans les épanchements gauches assez abondants, il y a torsion du cœur, la pointe vient battre sous le sein droit.

Cette torsion du cœur nous la nions, elle n'existe pas. Et voici les arguments sur lesquels nous basons cette affirmation.

a) Anatomiquement, pièces en main, on ne l'a jamais constatée. J'ai recherché minutieusement, dans toute la littérature médicale, un exemple anatomique de cette prétendue torsion du cœur : je ne l'ai point rencontré.

b) Cliniquement, quand on croit observer cette torsion du cœur il y a erreur d'interprétation : ce qui bat sous le sein droit, ce n'est pas la pointe du cœur, c'est l'oreillette droite ou l'aorte refoulée. Je maintiens cette affirmation en me basant sur plus de 50 tracés graphiques joints à un mémoire couronné par la Faculté de médecine de Bordeaux. Sur ces tracés on se convainc aisément que ce n'est pas la pointe du cœur qui soulève la pointe du cardiographe au-dessous du sein droit, mais bien l'oreillette droite ou l'aorte refoulée.

Il s'agissait d'un homme chez qui un anévrysme aortique fit irruption dans la plèvre gauche. La pointe du cœur déplacé semblait battre sous le sein droit, bien que le tracé graphique nous fit penser que ce qui battait en cet endroit c'était l'oreillette droite. A l'autopsie, le cœur fixé en place par de longues aiguilles, était bien resté vertical, la pointe se trouvait au voisinage de l'appendice xyphoïde et l'oreillette droite sous le sein droit.

c) Expérimentalement, sur le cadavre, même avec des épanchements pleurétiques de plus de six litres, jamais je n'ai observé la torsion du cœur.

d) La torsion du cœur, si elle se produisait, s'accompagnerait toujours de phénomènes graves (mort subite, œdèmes, etc.. .). Dans une série de dix expériences, j'ai pu constater que, quand le cœur est tordu sur son axe (comme le supposent certains auteurs) une injection poussée dans le ventricule gauche ne passe qu'à très grand peine dans l'aorte; une injection poussée dans la veine cave inférieure, ne parvint que très difficilement dans l'oreillette droite.

Le déplacement du cœur est fonction du déplacement du diaphragme : c'est l'abaissemant de la moitié gauche de la coupole diaphragmatique, qui tend à rendre vertical le feuillet gauche du péricarde primitivement oblique et refoule aussi le cœur vers la droite.

Dans les épanchements pleurétiques droits de moins de un litre, il n'y a pas de déplacement appréciable du cœur. Cependant, si l'épanchement est supérieur à 700 grammes, la pointe du cœur est refoulée de deux à trois centimètres vers la gauche, quand le malade est debout.

Dans les épanchements pleurétiques de un à trois litres, la pointe du cœur est repoussée de quatre à huit centimètres et même dix centimètres vers la gauche et un peu en bas.

Ce déplacement n'est guère plus considérable dans les pleurésies avec épanchements supérieurs à trois litres. Néanmoins, dans ce cas, la pointe vient battre jusque dans l'aisselle.

Tous ces déplacements sont fonction du déplacement du diaphragme, c'est l'abaissement de la moitié droite de la coupole diaphragmatique qui tend à rendre vertical le feuillet droit du péricarde primitivement oblique et refoule le cœur vers la gauche.

Le foie, déplacé à gauche et en haut par le fait de l'abaissement du diaphragme à droite, empêche que la pointe du cœur ne s'abaisse ; tout au contraire il la

refoule légèrement vers le haut. Les épanchements pleurétiques doubles abaissent la pointe du cœur, la rapprochent de la ligne médiane si le liquide se trouve en plus grande quantité du côté gauche; l'en éloignent au contraire s'il est plus abondant à droite. Dans le cas ou l'épanchement est égal des deux côtés, le cœur n'est pas sensiblement déplacé, il s'abaisse en masse.

Tous ces déplacements ne vont point sans retentir sur le fonctionnement du muscle cardiaque. De nombreux tracés graphiques m'ont permis de constater que, dans les épanchements droits, il n'y a rien d'anormal. Quand l'épanchement siège à gauche, on ne trouve ni retard de pouls, ni exagération du temps de la durée de la systole ventriculaire; néanmoins, dans quelques cas, j'ai vu des épanchements gauches abondants produire l'arythmie. Il semble que la systole ventriculaire soit plus difficile, plus pénible, quand le malade est assis, debout ou couché sur le côté droit.

Les épanchements pleurétiques ne semblent pas influencer le nombre des pulsations: il n'y a aucun rapport entre ce nombre et l'abondance de l'épanchement. Dans les pleurésies massives on note des irrégularités du pouls, et l'exagération du dicrotisme normal dans les changements de position du malade.

Enfin, j'ai signalé le polycrotisme, les variations de l'ampleur de l'ondée pulsatile suivant les positions du malade et enfin l'influence des mouvements respiratoires sur le pouls, il y a inversion de la formule normale. Pouls paradoxal.

L'étude sphygmomanométrique est généralement élevée dans les pleurésies, mais elle n'est nullement en rapport avec l'abondance de l'épanchement.

La mort subite, cet accident malheureusement trop fréquent dans la pleurésie, n'est pas en rapport avec la compression du cœur.

a) Elle se produit même dans les petits épanchements.

b) Cette compression n'est pas admissible, le péricarde forme un véritable voile protecteur qui empêche les oreillettes d'être comprimées.

Enfin, j'ai rapporté des observations d'œdèmes des membres inférieurs, vraisemblablement dus à la compression de la veine cave inférieure. Les thromboses du cœur sont aussi des conséquences de tous ces déplacements qui favorisent le ralentissement du cours du sang et par ce fait même la production de ces thromboses.

Le foie ne subit aucun déplacement dans les épanchements pleurétiques gauches de moins de deux litres; au-dessus de deux litres le foie est refoulé à droite et en bas suivant une ligne unissant le sein gauche à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite. Il se produit une véritable rotation du lobe gauche en bas et à droite. Dans les épanchements pleurétiques droits supérieurs à un litre, le foie est refoulé en bas et à gauche suivant la direction d'une ligne unissant le sein droit à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche.

Les épanchements doubles, le foie est abaissé en masse quand l'épanchement est supérieur à 1.500 gr.

Si on se rappelle la façon intime dont le foie est uni au diaphragme par ses ligaments suspenseurs, il est aisé de comprendre que cet organe suivra exactement tous les déplacements du diaphragme.

De nombreuses recherches statistiques, il ne me semble pas que ces déplacements puissent avoir pour conséquence l'hépatoptose.

Les épanchements unilatéraux ne modifient qu'insensiblement la forme et la situation du diaphragme. Quand ils dépassent un litre le liquide s'accumulant dans les culs-de-sac postérieurs, ils envahissent ensuite les culs-de-sac latéraux puis les culs-de-sac antérieurs.

La distension des culs-de-sac est proportionnelle à la quantité de liquide.

Le diaphragme finit par s'affaisser et fait saillie dans la cavité abdominale.

L'augmentation du nombre des mouvements respiratoires, la dyspnée n'est pas en rapport avec l'abondance de l'épanchement. Lorsque celle-ci est très considérable le diaphragme s'immobilise soit d'un seul côté, soit des deux à la fois.

L'étude des déplacements de l'estomac est plus complexe. Au-dessus de 1,500 grammes, les épanchements gauches refoulent en bas et en arrière la grosse tubérosité. Lorsqu'ils atteignent deux litres, il se produit un mouvement de bascule et le grand axe de l'estomac tend à devenir horizontal.

Les épanchements droits supérieurs à deux litres refoulent à gauche et en haut l'estomac tout entier.

Les épanchements doubles ne modifient guère la direction générale de l'estomac, ils refoulent à gauche la portion pylorique, à droite la grosse tubérosité; il y a véritable tassement.

Ces déplacements ne semblent pas, ultérieurement,

produire la gastroptose ; ainsi que cela ressort de nos recherches statistiques.

Par suite du déplacement de l'estomac dans les épanchements gauches, il y a coudure pylorique et consécutivement stase gastrique que j'ai soigneusement décelée dans ces cas.

On ne peut rien dire des déplacements de l'intestin grêle. Pour le gros intestin, il n'est pas possible d'établir de replis fixes ; tantôt il est refoulé en avant, tantôt il est déjeté en arrière. Parfois il y a abaissement du côlon transverse qui peut affecter la forme d'un M ; dans certains cas il présente au contraire l'aspect d'un V renversé. La constipation est fréquente, mais ces déplacements ne semblent pas être des facteurs d'une entéroptose ultérieure.

La rate n'est déplacée que dans les épanchements gauches ; elle suit les déplacements du diaphragme ; elle est refoulée vers la ligne médiane et son grand axe tend à devenir horizontal. Ces déplacements ne semblent jamais produire dans la suite la ptose splénique.

Le pancréas suit les déplacements du pylore. La tête est refoulée à gauche et en bas dans les épanchements droits de plus de deux litres 500. Dans les épanchements gauches la queue est refoulée en bas et vers la ligne médiane.

Cliniquement, il ne semble pas y avoir de modifications de fonctionnement du pancréas (épreuve de Sahli, pas de stéarrhée).

Le rein gauche bascule légèrement en avant quand l'épanchement gauche est voisin de trois litres, le rein droit n'est jamais déplacé.

Les pleurésies ne jouent aucun rôle dans la pathogénie de la néphroptose.

Telles sont les conclusions de nos recherches. On peut donc dire en résumé que ce sont les déplacements du diaphragme qui règlent les déplacements du cœur et des organes abdominaux dans les épanchements pleurétiques ; c'est dans l'anatomie qu'il faut puiser les explications rationnelles des divers modes de ces déplacements.

De l'emploi de la digitale dans certaines infections

par le docteur **Marius Bourgain**, de Boulogne-sur-Mer

Du jour où la digitale prit place au rang des médications nombreuses dirigées contre la pneumonie, on ne considérait en elle que ses propriétés antifébriles, et, c'est à elles seules que Hirtz (de Strasbourg) et beaucoup de ceux qui le suivirent imputèrent l'action particulièrement bienfaisante de ce médicament sur la pneumonie. La digitale a un rôle plus important, sur lequel l'on n'a pas suffisamment insisté, c'est un rôle tonicardiaque. On sait, en effet, combien le muscle cardiaque est profondément altéré sous l'influence des toxines microbiennes ; il est donc une indication qui s'impose, c'est de soutenir et de fortifier le cœur de bonne heure, c'est de prévenir l'abaissement souvent énorme de la tension artérielle. Ces considérations ne s'adressent pas seulement à l'infection pneumonique, mais à d'autres infections, comme celles d'origine grippale, typhique : nous avons recueilli à l'hôpital Necker, dans le service du docteur Huchard, un grand nombre d'observations de malades soumis dans ces cas au traitement digitalique et nous croyons faire œuvre utile aux praticiens en leur donnant ici le résultat de nos recherches.

Et tout d'abord quelle préparation de digitale doit-on employer ? A notre avis une seule est fidèle, c'est la digitaline cristallisée en solution au millième ; c'est un produit univoque, bien défini, à action invariable et certaine, à dosage facile ; nous ne croyons pas utile d'insister sur l'instabilité en principes fixes des préparations de feuilles de digitale, de teinture de digitale, etc., et sur les causes d'erreurs qui peuvent faire varier leur pouvoir thérapeutique ; c'est en s'adressant à des préparations instables qu'on a vu survenir des accidents toxiques graves avec des doses relativement faibles ; jamais la digitaline ne nous a donné le moindre accident. La manière d'administrer la digitale varie suivant que l'on veut frapper un coup fort comme dans la pneumonie ou que l'on veut la donner à doses filées pour soutenir l'énergie cardiaque. Il faut d'abord autant que possible préparer les voies à la digitale : on administre au malade un purgatif et on le met au régime lacté exclusif ; si l'on a affaire à un pneumonique, le lendemain on donne cinquante gouttes de la solution de digitaline cristallisée en deux fois dans la journée ; cette dose est le plus souvent suffisante ; le lendemain la température a baissé et un bien-être très notable dans l'état général du malade s'est fait sentir ; si cependant au bout de quelques jours la température vient à remonter, on en prescrit encore trente gouttes ; on peut en huit jours en prescrire cent gouttes sans le moindre incon-

vénient. Dans la fièvre typhoïde, si l'on veut agir sur la température, on peut en prescrire trente à quarante gouttes dans la même journée, si l'on veut soutenir l'énergie cardiaque on peut faire prendre dix gouttes au malade chaque jour, pendant une période de cinq ou six jours.

Voyons maintenant quels résultats donne l'administration de la digitale dans les infections en général et dans la pneunomie en particulier. La digitale ralentit le nombre des pulsations ; on peut même parfois constater des ralentissements assez considérables avec des irrégularités assez fréquentes ; on a noté parfois un pouls bigéminé. Le cœur suit une marche parallèle au pouls ; les battements sont diminués de nombre et augmentés comme force ; l'énergie ventriculaire est renforcée. L'action sur la température est un des phénomènes les plus constants du traitement digitalique dans la pneumonie ; le lendemain de l'administration de la digitale la température tombe de un à deux degrés. Quant à son action diurétique elle est très contestable ; la digitale n'étant réellement diurétique que dans les maladies hydropigènes. .

Le véritable moyen d'action de la digitale dans la pneumonie, dans les pneumonathies grippales, c'est le rélèvement de la tension artérielle. On fait de la thérapeutique compensatrice, on s'adresse à l'organe sain pour agir sur l'organe malade ; en stimulant l'énergie ventriculaire, on agit indirectement sur le poumon qu'on décongestionne ; il est même quelquefois merveilleux de voir avec quelle rapidité s'opère la résolution d'un bloc pneumonique considérable.

Il est une erreur grossière qui fut souvent commise, c'est celle qui consiste à n'employer la digitaline qu'à une période assez avancée de la maladie, alors que le processus congestif est arrivé à son apogée et que le poumon hépatisé ne peut que répondre difficilement à la sollicitation digitalique. Il ne faut pas attendre pour agir sur le cœur que le myocarde soit affaibli : ce serait en vain qu'on essaierait de relever un organe dont la contractilité est épuisée. M. Huchard dit : « Que de fois n'ai-je pas vu commettre l'erreur suivante ! Une pneumonie plus ou moins étendue s'est développée ; le cœur, impassible dans les premiers jours, précipite et accentue ses battements ; la systole est rigoureuse, le pouls vibrant et l'on s'appuie sur ces caractères pour croire inutile toute intervention cardiaque. On ne s'aperçoit pas que le cœur se contracte violemment pour lutter, ou parce qu'il lutte, et que, bientôt épuisé, il ne se relèvera plus jamais ; on ne s'aperçoit pas que cette force apparente de l'organe est déjà un indice, une cause prochaine de sa faiblesse.... En résumé dans la pneumonie, *la maladie est au poumon, le danger au cœur.* » Et de fait dans la pneumonie, le malade meurt plus par son cœur que par son poumon ; les lésions les plus intéressantes à l'autopsie portent toujours sur le cœur droit que l'on trouve considérablement dilaté et rempli de caillots.

Ce traitement digitalique, que l'on applique aux pneumonies franches aiguës, est susceptible également de s'appliquer à une forme spéciale de pneumonie surtout fréquente dans les services hospitaliers, nous voulons parler des pneumonies du sommet; nous nous rappellerons toujours l'histoire de ce malade alcoolique entrant à l'hôpital avec un délire violent, fièvre, dyspnée angoissante, toux quinteuse, pénible, souffle intense au sommet, chez lequel le pronostic le plus grave fut porté. On lui administra cinquante gouttes de digitaline ; le lendemain matin la température était tombée, le souffle avait diminué d'intensité et le malade, assit sur son lit, lisait le journal le plus tranquillement du monde.

Nous croyons donc que toutes les pneumonies franches, grippales, typhoïdes, abortives, du sommet, sont justiciables de la médication digitalique et que par le cœur seul, dans tous ces cas, on pourra arriver à lutter contre l'énorme embarras circulatoire du poumon.

Quant aux contre-indications de la digitale, elles sont presque nulles. Les enfants supportent bien la digitale; Graffagnini et Rizzo, en Italie, disent avoir obtenu de bons résultats en ordonnant à des enfants de l'infusion de feuilles de digitale ; les vieillards supportent également bien la digitale. Certes, au cours d'affections du foie, du cœur, des reins, chez les vieillards, chez les cachectisés, chez les phtisiques, chez les cancéreux, on pourra observer des cas de mort, mais ce seront des malades qui mourront malgré la digitaline et non par la digitaline. Il est une catégorie intéressante de malades chez lesquels la digitale peut échouer comme tout autre médicament, ce sont les cardiaques. Nous avons vu dans le service du docteur Huchard de nombreux cardiaques atteints de pneumonie et voici les conclusions que nous avons pu tirer de nos observations. On peut observer trois sortes de *pneumonies cardiaques*:

1° Des pneumonies franches qui n'ont comme toute particularité que celle de survenir chez des gens dont le cœur est altéré ; dans ces cas, la digitale possède toute son action bienfaisante ;

2° Une deuxième forme de pneumonie chez les cardiaques est ainsi constituée : certains cardiaques font des embolies pulmonaires et greffent sur ces embolies une infection surajoutée, c'est ainsi que chez un malade, atteint de sténose et d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale, nous avons pu constater la production rapide d'embolies pulmonaires ; une élévation thermique considérable dévoilait l'origine d'une pneumonie secondaire. La digitale fut chez lui inefficace et l'autopsie nous permit de confirmer notre diagnostic. En effet, outre les lésions cardiaques et asystoliques prévues, nous avons trouvé dans le poumon des lésions de congestion, de bronchite chronique, avec œdème généralisé et symphyse pleurale du côté gauche ; le lobe inférieur du côté droit était complètement hépatisé et présentait cette particularité curieuse : à la coupe on trouvait des noyaux noirs d'infarctus récents, absolument nets, qui avaient été le processus primordial précédant l'infection pneumonique surajoutée ; dans le lobe moyen on trouvait aussi d'autres infarctus. Dans des cas semblables, on comprend que la digitale échoue, mais quelle serait la médication susceptible de donner des résultats !

3° Une troisième forme de pneumonie des cardiaques est caractérisée par ce qu'on peut appeler de la pneumonie œdémateuse ; les malades font des œdèmes pulmonaires aigus sur lesquels se greffe une infection ; dans ces cas on trouve cliniquement de la fièvre et anatomiquement une condensation du tissu pulmonaire telle, que le parenchyme pulmonaire tombe au fond de l'eau sans être le moins du monde hépatisé. Nous avons pratiqué des coupes de cette pneumonie œdémateuse et nous avons noté les lésions suivantes : les alvéoles sont distendus par une quantité considérable de cellules embryonnaires, les unes mononucléées, les autres polynucléées, dont les noyaux prennent très fortement la coloration. Ces cellules sont emmagasinées dans un stroma fibrineux très fin et très délié ; on note de plus par places une extravasation sanguine assez considérable ; les vaisseaux sont gorgés de sang, les cellules épithéliales des alvéoles ne paraissent pas très atteintes. Il faut aussi noter un début de sclérose pulmonaire avec épaississement considérable des travées conjonctives ; par endroits, il y a des lésions très nettes de pneumonie épithéliale ; les cellules épithéliales que l'on trouve alors dans les alvéoles sont très grosses, plus du double ou du triple des petites cellules rondes mono ou polynucléées décrites ci-dessus. On trouve également de grandes cellules contenant dans leur intérieur une quantité assez considérable de pigment sanguin.

On conçoit que dans ces formes de pneunomie œdémateuse la thérapeutique soit nulle. L'œdème du poumon est dejà une affection grave par elle-même ; s'il se greffe par dessus une infection quelconque, l'action de la digitale sera bien illusoire. Il semble donc, comme nous l'avons dit précédemment, qu'il n'y ait pas de contre-indication à l'emploi de la digitale dans les pneumonies des cardiaques, mais il ne faut pas se dissimuler qu'on a affaire dans ce cas à une affection grave : l'échec de toute médication, de la digitale même, est pour ainsi dire presque fatal. Dans ces formes cliniques spéciales, nous ne pourrions souscrire à l'idée émise que l'emploi de la digitaline est dangereux, nous répondrons seulement qu'il est insuffisant.

Ce serait une grave erreur que de considérer la digitale comme le spécifique des infections en général ; nous avons toutefois remarqué que les infections grippales, typhiques en particulier se trouvaient heureusement influencées par le traitement digitalique.

Dans la grippe, fréquemment le poison sécrété par le bacille de Pfeiffer se localise primitivement dans l'appareil d'innervation cardiaque. Dans ces cas la digitale répond à une indication pressante en stimulant la contractilité artérielle et en relevant l'énergie des contractions ventriculaires ; en somme dans la grippe la digitale agit surtout bien quand le pouls est faible, petit, rapide.

Dans le cours de la fièvre typhoïde, la digitale est un médicament adjuvant très puissant ; son rôle tonicardiaque est si important qu'il en justifie par cela même l'emploi. « Dans la fièvre typhoïde, dit M. Huchard, le danger n'est pas seulement au cœur central, il est au cœur périphérique, il est dans les vaisseaux, dans l'abaissement souvent énorme de la tension artérielle ; or, de toutes les maladies c'est la fièvre typhoïde qui a la tendance la plus marquée à s'accompagner de la diminution de la pression vasculaire. » En somme l'état du pouls et du cœur est l'indication à l'usage de la digitaline ; elle sera administrée chaque fois qu'il y aura hypotension artérielle,

car l'abaissement de la tension artérielle favorise l'absorption des toxines microbiennes, facilite la repullulation des microbes et entrave la leucocytose. La bradydiastolie et l'embryocardie seront les seules contre-indications à son emploi. Gingeot et Deguy, qui ont étudié spécialement cette question de l'administration de la digitaline dans la fièvre typhoïde, ont abouti aux conclusions les plus optimistes, sur l'action de ce médicament : « la digitaline à faibles doses produit des améliorations momentanées au cours de la dothiénentérie ; la température se régularise assez rapidement ; le pouls revient normal plus vite que dans l'évolution naturelle de la maladie ou que par l'administration de bains froids. Le délire, les sueurs, l'état de stupeur cessent rapidement. La convalescence est de courte durée. »

L'infection tuberculeuse est rebelle à l'action digitalique. Même observation a été faite dans le mémoire de Gingeot et Deguy ; chez le tuberculeux fébricitant, de par le fait même de sa tuberculose, on a toujours constaté l'inefficacité absolue de la digitale.

L'emploi de la digitale semble donc indiqué dans un certain nombre de maladies infectieuses ; elle agit par ses propriétés antithermiques ; elle est surtout le médicament toni-cardiaque par excellence. M. Landouzy, frappé des heureux effets de la digitale dans la pneumonie en particulier, a même émis l'hypothèse du pouvoir antitoxique de la digitale vis-à-vis du pneumocoque et c'est ainsi qu'il faudrait expliquer les résultats remarquables obtenus dans certains cas et qui ne peuvent être expliqués par la simple action cardio-tonique, puisque la caféine, le strophantus, qui sont également des médicaments toniques du cœur, demeurent sans effet sur la marche et l'évolution du processus morbide.

LIVRES. — ANALYSES

Le rôle du ferment salivaire dans la digestion, par le docteur Godart-Danhieux, Bruxelles, Hayez, 1898.

Bien intéressant ce travail de laboratoire et de clinique à la fois, qui arrive à ce résultat de démontrer : 1° que l'action physiologique du ferment salivaire est de commencer le dédoublement des aliments féculents et de diminuer d'autant le travail amylolytique du pancréas; 2° que chez les hypochlorhydriques la transformation des matières amylacées est presque complète dans l'estomac, alors que ce dédoublement est enrayé notablement chez les hyperchlorhydriques.

Chez les malades atteints de troubles fonctionnels de la digestion, il y a lieu de tenir compte de ces données pour établir le régime alimentaire qui leur convient. Il faut, en effet, pour la ration d'entretien ou de travail d'un sujet, une certaine quantité d'hydrocarbonés; pour leur meilleure utilisation, il est nécessaire que le pain, d'où ils dérivent en majeure partie, les purées de légumes, soient transformés par la diastase salivaire dans une proportion assez élevée avant de subir le contact du suc gastrique qui, à un titre donné, arrête l'action de la ptyaline. Mais pour l'hyperchlorhydrique, son acidité stomacale doit faire rejeter les féculents. Ces aliments seraient en effet livrés, tels qu'avalés, au suc pancréatique qui aurait alors trop à faire, et en trop peu de temps, de les dédoubler à lui tout seul, sans la préparation du ferment salivaire très puissant, et très rapide au contraire, dans son action. Voilà un point de clinique stomacale que l'on connaissait certes déjà, mais que les recherches de M. Godart-Danhieux viennent étayer sérieusement.

La physiologie n'est pas moins redevable que la clinique à M. Godart-Danhieux, car le rôle du ferment salivaire dans la digestion était sur la foi des auteurs bien négligé, alors que nous le concevons après lecture du mémoire comme très important. La digestion buccale se double en effet d'une digestion salivaire intragastrique, que peut interrompre la présence d'un suc gastrique acide à 0,15 °/₀₀ seulement, mais qui continue cependant lorsque le titre d'HCL dans le suc gastrique étant à 5 °/₀₀, des matières albuminoïdes sont en présence. L'acide chlorhydrique dans les conditions où il est secrété par l'estomac et dans les proportions où on le rencontre normalement exerce donc une action retardataire sur la saccharification des amylacés, mais il n'annihile pas l'action du ferment salivaire, qui continue à produire de l'érythrodextrine et de l'achroodextrine.

L'intérêt de ce travail, très documenté et très bien conduit, est grand. A ce titre, nos lecteurs devaient en connaître au moins une analyse succincte.

Dr F. C.

VARIÉTÉS

Les chirurgiens-barbiers en Suède
Un peintre paysagiste ancien apprenti chirurgien

M. Gustave Albert, aujourd'hui peintre paysagiste assez connu, a raconté à un rédacteur du *Temps* comment il fut jadis en Suède apprenti chirurgien-barbier :

« Je suis entré jeune en qualité d'apprenti, chez un personnage important, le barbier-chirurgien d'Eskilstuna. Car il y a encore en Suède de ces hommes rares, disparus en France depuis un siècle, qui jouissent légalement du double privilège de gratter le menton de leurs semblables et de pratiquer dans leurs veines, d'une main sûre, la copieuse saignée qui combat les humeurs peccantes. Ces fonctions honorées, et relativement lucratives, ne peuvent être exercées que par des hommes relativement instruits. Outre l'apprentissage préalable, un apprentissage de plusieurs années, on exige d'eux un stage de six mois dans l'hôpital d'une grande ville, et le stage est suivi d'un examen très sérieux qui porte sur la botanique, l'anatomie et la chirurgie. Muni de ce diplôme, le barbier-chirurgien est officiellement investi du droit, non seulement de saigner, mais

de recoudre les lèvres fendues, de soigner les plaies produites par des instruments contondants ou tranchants, de rebouter les membres luxés, de réduire les fractures et même dans les cas graves, en l'absence d'un chirurgien-docteur, de couper, suivant toutes les règles de l'art, bras et jambes. Seul, l'exercice de la médecine est interdit au barbier-chirurgien. Son domaine pour être limité, est très vaste.

» La boutique de mon maître, barbier-chirurgien, regorgeait, du samedi soir au lundi, de blessés dont les plaies n'avaient rien de ragoûtant. Les forgerons d'Eskilstuna ont été, de tout temps, réputés pour leur extrême violence. Leurs habitudes d'ivrognerie aidant, c'était, après la paye du samedi, des batailles qui duraient toute la nuit, toute la journée encore du lendemain, et dont les résultats se chiffraient, sur une population de quinze cents ouvriers, par une cinquantaine au moins de coups de couteau, sans parler des têtes fracassées. Je me vois encore, ces jours-là, rasant d'une main qui tremblait, le cuir chevelu des patients avant de rapprocher à l'aiguille la peau déchirée qui pendait en lanières sanguinolentes sur le crâne. Et peu à peu, à mesure qu'on introduisait dans le pays les machines, les accidents du travail augmentaient. Aux tueries du samedi se joignirent, dans la semaine, les doigts coupés dans les engrenages, les bras et les jambes écrasés. Je faillis devenir fou. Je n'avais compté en entrant chez mon maître, que sur des faces paisibles à raser ; je me trouvais sur un champ de bataille où le scapel, à tout instant, remplaçait en mes mains le rasoir. Je dis adieu à la profession pour toujours. J'en gardai une aversion profonde pour l'alcool et, le travail du diplôme aidant, des notions d'anatomie très précises. Elle m'ont été, par la suite, très utiles. Grâce à elles, je connaissais la place de chaque muscle, tant j'avais mis de soin à recopier au crayon, à la plume, toutes les planches du recueil antédiluvien que mon patron m'avait prêté pour l'étude. »

Les hôpitaux militaires de Cuba

Les événements qui se déroulent à Cuba à l'heure présente donnent une certaine actualité au travail que vient de publier M. le Dr Augel de Larra Cerezo, médecin militaire, et qui est surtout intéressant par les documents figurés qu'il renferme.

L'hôpital militaire d'Alphonse XIII est le plus important ; il se trouve à deux kilomètres environ en dehors de l'enceinte de la Havane. Ouvert à la fin de l'année 189., sous le nom d'Hôpital du Prince, il occupe près d'un demi-kilomètre carré. Il se compose de 100 bâtiments de diverses grandeurs, qui, à la fin de 1897, étaient ainsi répartis : 4 salles pour les officiers, 50 salles pour les blessés, 12 baraques pour les malades infectieux, une salle d'opérations aseptiques, un pavillon pour l'hydrothérapie, etc. Le mouvement mensuel a oscillé entre 2.000 et 3.000 malades.

Le personnel de santé militaire comprend plus de 600 médecins et 100 pharmaciens. Il a essuyé de nombreuses pertes (la plupart dues à la fièvre jaune), qui atteignent le chiffre de 50 médecins et 6 pharmaciens.

Des graphiques très intéressants accompagnent ce travail communiqué au dernier Congrès d'Hygiène de Madrid.

Visite médicale pour les permissionnaires

Un décret modificatif des décrets de 1892 vient de prescrire la visite, avant leur départ, des hommes allant en congé ou en permission dans le but d'éviter, autant que possible, l'envoi en permission de courte durée de militaires en incubation de maladie ou déjà indisposés. Une note ministérielle enjoint en conséquence aux autorités militaires intéressées de se conformer aux dispositions suivantes : 1° Les hommes qui demandent une permission sont visités avant leur départ et retenus au corps dès qu'ils présentent des symptômes d'une affection, même légère, et non contagieuse ; 2° Les chefs de corps accordent, autant que possible, à ceux qu'il y aurait intérêt à envoyer exceptionnellement dans leur famille pour s'y faire soigner, des permissions d'une durée en rapport avec la durée probable de leur maladie, et après s'être assurés que leur famille est en situation de les soigner.

Les progrès de la crémation

La crémation semble faire son chemin en Allemagne. Nous avons déjà décrit les luxueux fours crématoires de Hambourg, de Gotha et de Heidelberg qui représentent, on peut le dire, le dernier mot du confortable en matière d'incinération. Un quatrième vient d'être créé à Iéna, par souscription privée ; il est réservé à l'usage des souscripteurs.

L'Allemagne vient maintenant en quatrième ligne à ce point de vue spécial.

L'Italie tient la tête avec 24 fours crématoires ; l'Amérique vient ensuite avec 22 ; l'Allemagne est mauvais troisième avec 4.

L'Angleterre en possède 3, la France 2, la Suède 2, la Suisse et le Danemark chacun 1.

(*Médecine moderne*)

Les médecins à Java

Il a quelques années, le gouvernement hollandais imagina de former à Java des médecins indigènes. L'école ouverte, pour la remplir, on s'adressa aux résidents, qui firent de la propagande parmi les pères de famille. Les pères de famille aiment les écoles, toutes les écoles ; non qu'ils s'inquiètent de ce qu'on y enseigne, mais on y forme des lecteurs et des écrivains qui peut-être un jour liront et écriront dans les bureaux du gouvernement pour l'honneur et le profit de leur famille. Donc, volontiers, ils envoyèrent leur fils à l'École de médecine.

L'école accueillit et dégrossit ces jeunes gens ; elle leur apprit le hollandais, le physique, la chimie, la botanique, l'anatomie, la thérapeutique, même la chirurgie ; puis, au bout de cinq ou six années, elle les avertit qu'ils en savaient assez et qu'ils pourraient retourner chez eux. Retourner chez eux ? Les pères de famille accoururent. « Qu'allez-vous faire de mon fils ? — Notre rôle est fini ; le voici médecin ; il ira se fixer au village, soigner les malades et gagner sa vie. — Bon ! mais quelle casquette va-t-il porter ? — Une casquette ! Que voulez-vous dire ? — Oui, pour marquer son rang et indiquer sa fonction. — Mais il n'a pas de fonction, il n'a pas de rang. » Les pères furent indignés. Après avoir donné six

années de sa vie pour ne rien recevoir en échange et revenir au village pour se voir, dans les assemblées, relégué au bas bout de la table après le *loera* (maire), après l'écrivain, parmi les laboureurs ! Il fallut transiger. On concéda aux médecins une casquette d'assistant-vedono (sous-préfet) ; l'émotion fut calmée.

Par malheur, les assistants-vedono n'ont pas que la casquette, ils ont l'avancement ; ils deviennent vedono, puis patif, parfois même régents. Les docteurs djava, eux, n'avancent pas. Avant peu, ils verront leurs « assimilés » changer de casquette ; et ce seront de nouvelles lamentations. Il faudra bien régler cette question de costume : la paix est à ce prix.

Intérêts Professionnels

La théorie des deux éléments constitutifs du délit d'exercice illégal de la médecine devant la Cour d'appel de Grenoble.

Dans notre supplément au numéro du 12 janvier 1898, dit la *Semaine médicale*, nous avons reproduit le texte d'un jugement du tribunal correctionnel de Grenoble, qui donnait une nouvelle et curieuse définition du délit d'exercice illégal de la médecine. Nous avons signalé à ce moment que la théorie d'après laquelle deux éléments, *un traitement* et *une maladie*, seraient essentiels pour constituer le délit d'exercice illégal de la médecine, allait manifestement à l'encontre de la loi. Tel a été l'avis de la Cour de Grenoble devant laquelle le ministère public avait fait appel du jugement précité. Nous détachons de l'arrêt rendu par cette Cour le 28 janvier 1898 les considérants qui visent le point en question :

« Considérant, en droit, que l'exercice illégal de la médecine résulte de l'examen d'un client pratiqué par un empirique, des constatations déduites de cet examen, des prescriptions de traitement ou remises d'ordonnances en cas de maladie reconnue; que l'ensemble de ces faits ne peut être dit sans objet, puisqu'il a permis à chacune des parties de réaliser le but poursuivi, l'une en sollicitant, l'autre en donnant la consultation ;

» Qu'on ne saurait exiger de la prévention la justification souvent insaisissable d'un état de maladie, dont la consultation peut elle-même révéler l'existence, ni rechercher l'intention plus ou moins secrète du client, dont l'empirique n'a pas dû se préoccuper et qui est d'ailleurs susceptible de se modifier par le fait même de la consultation ;

» Que c'est donc à tort que les premiers juges ont méconnu la portée des dépositions des témoins Pugnoud et Pelloli en déclarant leur impuissance à démontrer les éléments du délit dans diverses consultations dénuées, selon eux, de tout objet réel ;

» Considérant que fallût-il admettre en droit la théorie du jugement, cette théorie ne trouverait pas elle-même son application dans les circonstances de la cause;

Considérant en effet que si les déclarations du témoin Pugnoud sont contradictoires relativement à son état de maladie, celles de Pelloli n'ont pas présenté le même caractère; que ce témoin n'a au contraire jamais cessé d'affirmer qu'il était réellement atteint des malaises et symptômes accusés au cours de la consultation, et qu'il en devait être si bien ainsi que le prévenu, après examen, a déduit de ces troubles une maladie de cœur; que, quel que fût d'ailleurs le mobile réel du témoin, le prévenu n'en a pas moins prescrit un traitement en vue d'une maladie par lui reconnue, qu'il a assumé et suivi la direction de ce traitement en délivrant diverses ordonnances, qu'il a enfin perçu chaque fois les honoraires de ses consultations; que toutes les conditions du délit se trouvent donc encore réunies dans l'espèce ».

En conséquence, la Cour, faisant droit à l'appel du ministère public, a infirmé le jugement prononcé par le tribunal correctionnel de Grenoble et condamné le curé Cuillerée à 100 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le **Concours d'agrégation** (section d'anatomie, physiologie et histoire naturelle), s'est terminé par les nominations suivantes :

Anatomie : Paris, M. Launois ; Lille, M. Cousin ; Nancy, M. Bouin.

Physiologie : Paris, M. Langlois ; Toulouse, M. Bardier.

Histoire naturelle : Toulouse, M. Verdun.

L'*Echo Médical* adresse ses compliments de bienvenue à ce nouveau collègue M. Cousin.

Au **Concours d'agrégation** (section de physique, chimie et pharmacologie), les questions suivantes sont aussi sorties de l'urne pour l'épreuve d'une heure, après quarante-huit heures de préparation :

MM. Martz, Le fer dans l'organisme ;
Fiquet, Les ferments du sang et des tissus à l'exclusion des ferments digestifs ;
Pottevin, Production et transformation de l'hémoglobine dans l'économie ;
Sambuc, Nucléo-albumines et leurs dérivés.

Le **Comité de préparation** du XIII[e] Congrès international (section de chirurgie), qui se tiendra à Paris en 1900, vient de s'adjoindre, comme membre actif, M. le professeur Folet ; nous adressons à notre collègue nos meilleures félicitations pour cette flatteuse distinction.

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCES DE THÈSE

M. G.-R. Laurent, du Quesnoy (Nord), ancien externe des hôpitaux, interne à l'asile d'aliénés d'Armentières, a soutenu le samedi 18 juin, sa thèse de doctorat (5[me] série, n° 80), intitulée : **l'Idée fixe et son rôle en pathologie mentale.**

NOMINATIONS

Le départ de M. Catrin, médecin-major de 1[re] classe, du 127[me] à Valenciennes, nommé médecin en chef de l'hospice d'Orléans, et son remplacement par M. Uffoltz, médecin-major de 2[me] classe, du 1[er] tirailleurs algériens à Sousse (Tunisie).

médecin-major de 2me classe, du 1er tirailleurs algériens à Sousse (Tunisie).

2° Le passage de M. l'aide-major de 2me classe **Duffau**, du 1er d'infanterie au 4me cuirassiers, et celui de M. l'aide-major Pélissié, du 4me cuirassiers au 1er d'infanterie à Cambrai.

— Dans le décret du 6 juin 1898, qui nomme dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale, nous relevons les noms des confrères de la région, qui suivent, au grade de médecin aide-major de 2me classe de réserve : MM. les docteurs Brulant, de Solesmes ; O. Legrand, de Lille ; Descheemacker, de Lille ; Bourgain, de Boulogne-sur-Mer ; Favier, de Pont-à-Marcq ; Bulté, de Saulzoir ; Painblan, de Lille ; Levezier, de Lille ; Cleuet, de Vimy ; Bommier, d'Arras ; Lemaire, de Vlenciennes.

Académie de médecine

Ont été élus correspondants étrangers : MM. Barella, de Bruxelles, et Petrini, de Galatz.

— Le concours pour la place de médecin-adjoint des services d'aliénés des hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Nageotte.

— Le concours pour deux places d'accoucheurs des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Bouffe de Saint-Blaise et Baudron.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Ecole d'Angers. — M. le docteur Monprofit, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort MM. les docteurs C. Levieux, de Bordeaux (Gironde) ; H. Masson, de Fraize (Vosges) ; Vaugrente, de Versailles (Seine-et-Oise) ; Faucon, de Thérouanne (Pas-de Calais).

OUVRAGES DÉPOSÉS AUX BUREAUX DU JOURNAL :

L'eau d'Allevard en boisson et en inhalation, action physiologique, par le docteur A. Niepce. Grenoble, Vallier, 1898.

Utilité de l'antisepsie dans les établissements thermaux, par le docteur Depierris, de Cauterets, extrait de la *Gazette des eaux*.

Acute Mastoïdites with lobar pneumonia, followedby latéral sinus thromboses and pyemia ; recovery with out operation, par le docteur Frank S. Parsons, Boston, *the médical Times and Register*, 1898.

Le rôle du ferment salivaire dans le diagnostic, par le docteur Godart-Danhieux, Bruxelles, *Hayez*, 1898.

Une mission aux eaux d'Allemagne et du centre de l'Europe, par le docteur Miquel-Dalton (de Cauterets), Tarbes, *Vimard*, 1890,

Sur les applications locales de salicylate de méthyle, par MM. les docteurs Linossier et Lannois, extrait du *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

23e semaine du 5 Juin au 11 Juin 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	6
3 mois à un an	11	6
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	2	5
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	7	8
40 à 60 ans	8	5
60 à 80 ans	15	7
80 ans et au-dessus	1	3
Total	60	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	2	»	»	»	1	»	2	7	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	1	»	1	»	»	»	1	3	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	7	15	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4	»	»	1	»	»	»	»	»	6	12	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	3	»	5	»	»	2	»	»	»	»	»	4	16	20
Vauban, 20,381 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	5	»	»	»	»	»	3	11	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	6	2	1	1	»	»	1	2	»	2	»	»	10	25	12
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	2	»	»	»	1	»	4	9	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	3	6	22
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Total	»	5	»	1	»	»	»	9	11	2	14	»	»	14	3	»	2	2	»	41	104	113

N° 76. Deuxième Année, N° 26. Le Numéro : **10** centimes. 26 Juin 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE,** *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur Combemale, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie Le Bigot Frères, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. Lidy Montclaire, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — Travaux originaux : A propos d'un cas d'Hémiplégie post-chloroformique, par le docteur **Ingelrans**. — Faits cliniques : Volumineux fibrome de l'ovaire, sans ascite, par le docteur **Potel**, chef de clinique chirurgicale. — Analyses : Livres. — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La glycosurie n'est point rare chez les nourrices : aussi M. Rénon qui, à la **Société médicale des Hôpitaux,** accuse la somatose de l'avoir engendrée chez une nourrice de 40 ans, pourrait bien être tombé sur une pure coïncidence. On n'ignore pas que Drews et Joachim ont indiqué la somatose comme un excellent moyen pour augmenter l'abondance du lait : c'est dans ce but que Rénon l'a administrée, avec le plus grand succès d'ailleurs. Mais, au bout de trois semaines, l'urine contenait 3 grammes de sucre par litre : on supprima la somatose et la glycosurie disparut.

Un fait tendrait à faire admettre une action directe de cette préparation d'albumose, c'est que les diabétiques augmentent leur glycosurie en mangeant de la viande ; cela résulte des observations de Naunyn et Lépine. S'agit-il, au contraire, d'une glycosurie liée à l'excès de la sécrétion lactée et produite, comme le veut Lécorché, par l'absorption d'une très grande quantité de sucre formée par les seins et non éliminée? La somatose n'aurait fait alors que dépasser le but, en provoquant une lactation trop grande. M. Legendre déclare que, pour son compte, il n'a jamais rien observé de pareil.

⁂ MM. Galliard et Bernard ont fait opérer, par M. Blum, un homme de 51 ans, porteur d'un foyer de gangrène pulmonaire d'origine inconnue. La thoracotomie, largement pratiquée, favorisa bien l'évacuation d'un foyer, mais ne permit pas de trouver une collection purulente enkystée dans la plèvre droite et que l'autopsie mit seule au jour. car le malade succomba le neuvième jour. Streptocoques et staphylocoques étaient les facteurs de cette gangrène. A ce sujet, M. Rénon rappelle un cas analogue, datant d'un an, où l'opération fut faite trop tard. C'est en effet la chose délicate, que de poser les indications de l'intervention. M. Netter insiste sur ce point, en montrant que, pour agir, il faut être bien assuré qu'on n'est pas en face d'une dilatation bronchique avec sphacèle superficiel et pouvoir espérer que le foyer de gangrène est unique.

⁂ La méningite cérébro-spinale continue de plus en plus à affirmer son existence ; c'est ainsi que M. Florand vient d'en voir un nouveau cas, à Clichy, chez une jeune fille de 12 ans, morte en dix jours. Le début en a été subit : céphalée, constipation, vomissements, raideur du dos et de la nuque, puis paralysie droite et aphasie. Le pouls est toujours resté très fréquent, la température a oscillé entre 38° et 39°. Il n'y a eu aucun phénomène convulsif. M. Netter a pratiqué, pendant la vie, une ponction lombaire, cette ponction a permis de trouver, dans le liquide céphalo-rachidien, des cocci nombreux, disposés par deux et formant parfois de

petites chaînettes. Une souris, inoculée, a présenté le méningocoque dans le sang.

A rapprocher de cette communication celle de M. DALCHÉ sur les méningites curables. Elle concerne un homme qui fut atteint, il y a plus de 10 ans, d'une pneumonie extrêmement grave suivie de méningite. Celle ci guérit rapidement et sans laisser de traces, car ce malade continue depuis lors ses occupations.

La sérothérapie n'est pas prête à s'arrêter en chemin, à voir les applications nouvelles que l'on en fait chaque jour. L'empoisonnement par les champignons fournit à M. CLAISSE l'occasion d'un traitement pathogénique qu'il expose devant la **Société de Biologie**. On sait actuellement que deux substances toxiques fort différentes interviennent dans cet empoisonnement : l'une la muscarine, détermine de violents désordres gastro-intestinaux ; l'autre, la phalline, est plus sournoise et plus terrible. Le cobaye et le lapin sont très sensibles à la phalline. Il faut cinq milligrammes de poudre d'amanite pour tuer 100 gr. de cobaye, lorsqu'on l'injecte sous la peau. Or, M. CLAISSE démontre, par ses expériences, que l'accoutumance s'établit fort vite et qu'en 50 jours, un lapin parvient à supporter une dose triple de la dose mortelle.

⁂ M. DANILEWSKY avait déjà indiqué qu'une résection crânienne, chez le jeune chien, peut entraîner un vice de développement au niveau des circonvolutions cérébrales sous-jacentes. Il fait voir, aujourd'hui, que les systèmes musculaires et osseux correspondants sont également intéressés et souffrent dans leurs croissances. L'hypoplasie de l'écorce cérébrale, consécutive à une résection partielle de la boîte crânienne, présente donc, à plusieurs points de vue, une ressemblance avec celle de l'extirpation des centres psycho-moteurs.

⁂ Notons encore à la même Société une bien curieuse observation de MM. GILBERT et WEIL. Il s'agit d'un malade de 25 ans, ictérique, avec gros foie, douleurs hépatiques et fièvre à grandes oscillations. On vit subitement, chez cet homme, la tumeur hépatique augmenter de volume et devenir sonore. L'opération montra que le lobe gauche du foie contenait des vésicules hydatiques, du pus et des gaz fétides. Le pus renfermait un coli-bacille qui paraît responsable de la formation des gaz. On peut rapprocher cette exhalation gazeuse de celle qui arrive dans les empyèmes et forme les pyopneumothorax spontanés.

A la **Société de chirurgie**, la discussion revient sur la cholédocotomie. M. QUENU avait, à une séance précédente, insisté sur l'abondance des hémorrhagies que l'on peut voir survenir au cours des interventions sur le foie. M. RICARD relate une observation où il se trouva en présence d'une véritable hémorrhagie au cours d'une opération pour angiocholite. M. LEJARS rapporte l'histoire d'un cas heureux qu'il a opéré récemment. Il s'agissait d'un volumineux calcul enclavé, du cholédoque.

⁂ M. NÉLATON communique à la Société l'observation d'une jeune femme, qui présentait une fistule urinaire vaginale, grande comme une pièce de cinquante centimes, due à la destruction de la portion initiale de l'urètre.

L'intervention fut très complexe. Le vagin étant très étroit, l'auteur dut débrider la vulve et le vagin, exécuter le premier temps de l'hystérectomie vaginale de façon à libérer le col abaisser l'orifice de la fistule et enfin aviver et faire les sutures. Le résultat final est excellent.

Cependant, étant donné que le sphincter est détruit, la malade ne peut conserver ses urines plus d'une heure.

Dans des cas semblables, M. CHAPUT n'hésite pas à débrider la vulve. Le débridement doit se faire par transfixion, de l'ischion vers le vagin. Il donne un agrandissement de 4 centimètres de chaque côté. Après l'intervention on suture comme pour une périnéorrhaphie.

⁂ La péritonite tuberculeuse ne revêt pas toujours une allure chronique. M. LEJARS a observé deux cas curieux à marche très aiguë. Chez l'un de ses malades, l'affection se présenta avec tous les caractères de l'occlusion intestinale, chez l'autre elle avait toutes les apparences de l'appendicite compliquée de péritonite généralisée. Chez l'un et chez l'autre, la laparotomie simple, sans aucune manœuvre de l'intestin, pratiquée dans les circonstances les plus alarmantes, a été suivie d'une sédation brusque des accidents et d'une amélioration durable. Quelque confuse que soit la pathogénie de ces faits, ils méritent d être relevés.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. AUSSET présente des pièces d'hydronéphrose calculeuse chez un enfant de 11 mois. Les reins sont volumineux, mous, les uretères très dilatés en totalité, simulant des anses intestinales. Les bassinets et calices sont dilatés ; la capsule n'est pas adhérente. L'enfant n'avait présenté pendant sa vie aucun phénomène du côté de l'appareil urinaire.

⁂ M. DÉLÉARDE présente des pièces provenant

d'une malade observée dans le service de clinique médicale de Saint-Sauveur.

La malade, plongée dans le coma profond, ne peut répondre aux questions ; elle est couchée inerte dans son lit, la température est de 37°4, 58 pulsations à la minute ; pas de sucre ni d'albumine dans l'urine ; le membre supérieur gauche présente des contractions passagères. Cette femme meurt quelques heures après son entrée et à l'autopsie on trouve un abcès au niveau de la face externe de la dure-mère, en rapport avec la face interne du crâne.

La collection purulente est grande comme la paume de la main et épaisse comme deux doigts, elle est formée par du pus crémeux, verdâtre, à pneumocoques. Aucun symptôme bien net ne permettait de faire le diagnostic de cette lésion, dont le point de départ paraît être une infection pneumococcique du poumon gauche.

⁂ M. LAMBRET présente une calotte crânienne, porteur d'une perforation comme à l'emporte-pièce, provenant d'un homme tamponné par le chemin de fer, et amené à l'hôpital avec des symptômes d'excitation cérébrale, sans paralysie. M. FOLET lessive la plaie, relève les fragments osseux, draine l'espace sous-arachnoïdien. Les symptômes d'excitation persistent ; le malade meurt dans l'hyperthermie le surlendemain. A l'autopsie, pas de méningite, ni de contusion cérébrales, mais une perforation à l'emporte-pièce, n'ayant donné naissance, fait très rare, à aucune irradiation vers la base du crâne

⁂ M. LAMBRET présente des pièces d'hématocèle de la tunique vaginale, qui ne présentent rien de spécial au point de vue anatomo pathologique, mais sont intéressantes par l'évolution rapide de l'affection (6 mois).

⁂ M. BERTIN présente un cœur provenant d'un homme mort d'endocardite, dans le service du professeur COMBEMALE, au bout de deux mois et demi de maladie à peu près et diagnostiqué tel.

C'est un bel exemple d'endocardite verruqueuse ayant évolué rapidement. Il y avait une insuffisance aortique énorme, avec rétrécissement mitral.

⁂ M. JOIRE fait une communication sur les résultats de l'anesthésie hypnotique en accouchements ; après un rapide historique de la question, M. JOIRE présente trois observations personnelles, très concluantes selon lui, et dans lesquelles la suggestion à l'état de veille, mieux que le somnambulisme ou la léthargie, aurait provoqué l'anesthésie.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un cas d'Hémiplégie post-chloroformique

Par le docteur **Ingelrans**

A la suite de l'anesthésie générale par l'éther ou le chloroforme, il n'est pas très rare de voir survenir des paralysies du plexus brachial dont le mécanisme est actuellement bien élucidé ; il s'agit d'élongation ou de compression du plexus ou de ses racines. La cause en est facile à trouver : elle est tout entière dans l'attitude forcée du membre supérieur pendant la narcose. La paralysie du nerf radial a aussi été observée, qu'il s'agisse de compression du tronc nerveux sur le rebord de la table à opération ou de striction du bras par la bande d'ESMARCH. On connaît même un fait de paralysie du membre inférieur à la suite de compression de la cuisse sur le bord saillant d'une table pendant une intervention chirurgicale. Ces cas pathologiques sont curieux, à coup sûr, mais trop bien étudiés pour qu'il y ait lieu d'y revenir.

Autre chose sont les paralysies post-anesthésiques qui atteignent d'autres régions ou la moitié entière du corps : celles-là sont tout à fait exceptionnelles et on nous excusera de citer à nouveau les quelques exemples que les auteurs en ont rapportés, à l'occasion d'une observation personnelle dont l'intérêt s'accroît à être ainsi rapprochée des autres. Donnons d'abord, en quelques lignes, l'histoire très brève de notre malade :

Il s'agit d'une femme de 46 ans, employée de commerce, qui s'était toujours fort bien portée. Son mari, ancien capitaine au long cours, est mort il y a dix-sept ans de la rupture d'un anévrysme. Mais il y a lieu de soupçonner la syphilis chez lui, à raison d'attaques épileptiformes qu'il a présentées à différentes reprises durant les quatre dernières années de son existence et de la vie dissolue qu'il avait menée, a-t-on dit. Notre malade n'a eu ni accouchement, ni avortement. Son tempérament a toujours été fort nerveux ; néanmoins, on ne relève dans ses antécédents aucune attaque convulsive, aucun ictus de n'importe quelle sorte. Cette femme avait des fibromes de l'utérus pour l'ablation desquels une laparotomie fut pratiquée, le 16 avril 1898, à midi, à la Maison de santé de l'hôpital de la Charité : l'opération ne donna lieu à aucun incident, dura une heure environ ; après quoi on reporta la malade dans son lit. Au réveil, on ne constata rien d'anormal : ce ne fut que vers quatre heures de l'après-midi que l'existence d'une hémiplégie droite se révéla.

Nous avons vu cette personne au commencement de mai, quinze jours après l'opération. L'hémiplégie droite est manifeste : le bras et la jambe sont absolument paralysés ; motilité et sensibilité ont disparu ; une petite escharre existe même sur la fesse droite au point d'élection.

La face est beaucoup moins atteinte : la parole est fort difficile ; cependant, il n'existe pas d'aphasie. Cette femme paraît assez obnubilée, mais en répétant les questions, elle finit par y répondre — elle nous lit aussi quelques lignes, mais en bredouillant et avec beaucoup de difficulté.

Les jours suivants, nous l'avons revue et la parole s'est beaucoup améliorée, restant cependant faible et émise avec effort. Pendant trois semaines après l'intervention chirurgicale, l'incontinence vésico-rectale a été complète ; aujourd'hui 17 mai, la malade ne gâte plus. Les diverses sensibilités sont revenues. La malade ferme facilement les yeux et tire la langue, qui offre une déviation sensible du côté droit.

L'auscultation du cœur ne révèle qu'un retentissement du second bruit à la base ; la percussion de la région aortique dénote une matité plus étendue qu'à l'état normal.

L'analyse de l'urine n'a pas montré la présence d'éléments anormaux.

10 juin : Depuis trois semaines, l'amélioration est considérable. La parole est très comprehensible : la malade a tout son vocabulaire à sa disposition. Il existe de la dysarthrie qui est assurément manifeste, mais n'est pas des plus prononcées ; elle diminue d'ailleurs tous les jours. La lecture se fait facilement. Le bras reste paralysé ; la marche va de mieux en mieux. Tout ce changement paraît attribuable à l'iodure de potassium, pris régulièrement à la dose quotidienne de deux grammes.

Détail important à noter : Il est impossible de déceler aucune tendance à la contracture. L'hémiplégie date pourtant de deux mois : les réflexes sont normaux, nullement exagérés et le phénomène du pied ne peut être provoqué.

La malade quitte l'hôpital dans un état relativement satisfaisant le 14 juin.

Quelle que soit l'opinion qu'on retire de l'examen de cette femme, et quelle que soit la part qu'on attribue au chloroforme dans la genèse de sa paralysie, la coïncidence de cette dernière avec l'anesthésie chloroformique n'en est pas moins curieuse. Nous avons trouvé dans la littérature médicale, quatorze cas analogues publiés çà et là, et réunis tout dernièrement par Schwartz. En voici les grandes lignes et on pourra ainsi comparer le fait précédent avec l'histoire des malades antérieurs.

I. — Le premier en date est le cas d'Hofmokl. Jeune fille de dix-huit ans à qui on enlève une dent de sagesse : narcose chloroformique incomplète. Aphasie, spasmes musculaires de la face et des muscles respiratoires. Benedikt pense qu'il s'agit d'une hémorrhagie au niveau du noyau de l'hypoglosse.

II. — Quincke rapporte l'histoire d'une femme de 21 ans à qui on fit une périnéorraphie : elle se débattit furieusement pendant la chloroformisation. Au réveil, hémiplégie droite, aphasie motrice et surdité verbale.

III. — Büdinger donne le cas suivant : Marie L..., 46 ans. Incision exploratrice pour cancer de l'estomac et du foie : l'opération dure un quart d'heure. Dans la nuit qui suit, cette femme s'aperçoit que son bras gauche est complètement paralysé : elle meurt sept semaines après. Autopsie : foyer de ramollissement au niveau du pied de la deuxième frontale droite ; foyers plus petits dans le centre ovale. Ganglions centraux, capsule interne, protubérance et bulbe normaux. Rien de spécial aux petites artères.

IV. — Du même auteur : Régina M..., 34 ans. Amputation de la jambe droite pour sarcome. On place la bande d'Esmarch : malade anémiée et affaiblie. Cœur, reins et poumons sains ; pas de syphilis. Le soir de l'opération, elle se plaint de faiblesse et à la visite du matin on est très surpris de la trouver aphasique et hémiplégique. Le côté droit est complètement paralysé : les réflexes y sont un peu augmentés. Le nerf facial gauche est paralysé, la langue déviée à droite. La connaissance demeure complète ; anesthésie du membre supérieur. Deux jours après, l'opérée commence à dire quelques mots ; puis, la langue n'est plus déviée, la paralysie faciale disparaît. Au bout de quinze jours, plus d'aphasie ; elle peut porter un verre à sa bouche avec la main droite. D'octobre à mai, le rétablissement est complet.

V. — Senger : Femme de 56 ans, atteinte de cancer du sein gauche. Légère excitation et vomissements pendant la chloroformisation, puis syncope qui est conjurée. Au réveil, hémiplégie cérébrale droite typique : le facial n'est pas très atteint. Convulsions cloniques des membres paralysés. Amélioration au bout de quinze jours. Deux ans après, la malade traîne encore la jambe, mais se sert de son bras.

VI. — Depage rapporte un fait dans lequel tout le lobule paracentral était ramolli : il existait un ancien foyer d'hémorrhagie sous l'écorce à cet endroit. L'apoplexie se produisit pendant la narcose.

VII. — Krumm : Femme de 51 ans. Laparotomie exploratrice, durant vingt-cinq minutes, pour sarcome de l'ovaire. On emploie 25 c c. de chloroforme. Au réveil, aphonie, paralysie faciale droite incomplète et, vingt-quatre heures après, hémiplégie droite incomplète. Bientôt, la malade peut prononcer quelques phrases. Mort peu de temps après par bronchopneumonie.

VIII. — Franke : Jeune fille de 19 ans. Laparotomisée. Au réveil, paralysie et anesthésie du bras droit. Trois mois après, l'état n'a pas changé, sauf en ce qui concerne l'anesthésie qui a presque disparu. Hystérie probable.

IX. — VAUTRIN : Chloroformisation pour ablation d'une tumeur du sein. Paralysie faciale qui dure quinze jours. Elle survint quelques heures après l'operation.

X. — GROSS rapporte qu'après une opération de hernie étranglée, un malade devint hémiplégique le soir même. Foyer apoplectique cérébral.

XII.— CASSE : Jeune fille de 22 ans, affaiblie, opérée pour une ostéomyélite avec fièvre de 40 degrés. Trois quarts d'heure d'anesthésie, 100 grammes de chloroforme. Au réveil, paralysie faciale gauche qui dure un mois.

XII. — CHIPAULT a observé une hémiplégie droite, au réveil, après une opération faite sous le chloroforme. Il existait une inondation ventriculaire.

XIII. — REBOUL, chez un homme de 60 ans, a vu survenir une hémiplégie à la suite d'une taille hypogastrique faite pour un volumineux calcul.

XIV. — SCHWARTZ : Homme de 45 ans, dilaté de l'estomac, anémique, cure radicale de hernie inguinale le 23 octobre 1896 : chloroformisation assez pénible, vomissements, puis arrêt de la respiration pendant trois minutes. Le pouls n'a pas cessé de battre ; l'opération a duré une demi-heure. Réveil lent : le lendemain, fourmillements dans la main droite, surtout le pouce et l'index et impossibilité de mouvoir facilement cette main, surtout les deux premiers doigts. Il s'agit d'une paralysie totale du long fléchisseur du pouce et des fléchisseurs de l'index, superficiel et profond. Aucun trouble objectif de la sensibilité.

Le malade se léve le dixième jour et ne peut se tenir sur la jambe droite, comme sur la jambe gauche. Parésie du quadriceps.

Les mouvements de l'index reviennent, ceux du membre inférieur sont aussi bons qu'auparavant. Le 25 mars 1897, le pouce est en bonne voie, mais il reste de la difficulté pour passer un bouton, etc., peu de chose en somme ; guérison complète.

L'ensemble de ces faits montre bien qu'il peut exister une relation entre l'anesthésie chloroformique et les paralysies d'origine centrale, à moins qu'on n'invoque une coïncidence pure pour expliquer chacun d'eux (1).

De quelle nature est cette relation ? S'agit-il d'une influence directe du chloroforme ou d'une simple action favorisante ? C'est là une question à débattre ; en tous cas, les observations précitées nous fournissent des monoplégies, des hémiplégies, des paralysies de nerfs isolés, qu'on ne peut absolument pas mettre sur le compte du tiraillement ou de la compression. Ne parlons pas, si l'on veut, du cas de FRANKE qui paraît ressortir à l'hystérie, ni de celui de DEPAGE, où il existait un ancien foyer d'hémorrhagie cérébrale. Mais des autopsies sont là pour nous montrer, dans un cas un ramollissement du pied de la deuxième frontale, dans deux autres un foyer apoplectique, dans un dernier enfin une inondation ventriculaire. BÜDINGER déclare qu'il voit deux pathogénies possibles pour expliquer ces accidents : ramollissement ischémique de l'écorce cérébrale ou hémorragie pendant la phase d'excitation, ou nécrose primitive de l'écorce sous l'influence du chloroforme.

Il est très probable que le calibre des vaisseaux cérébraux diminue pendant la narcose. KOBERT cite un auteur américain qui aurait observé dans cet état une pâleur évidente du cerveau. ACKERMANN a observé la vaso-constriction des vaisseaux de la pie-mère et CASTER la rétraction du cerveau chez les animaux anesthésiés. Les expériences de CARLE et Mosso indiquent d'abord une hypérémie veineuse, au début de l'anesthésie. D'un autre côté, « il est plausible, dit SCHWARTZ, que des individus atteints de lésions vasculaires puissent, pendant la période d'excitation, sous l'influence d'efforts, de cris, de vomissements, faire une rupture vasculaire et présenter, si la mort n'est pas immédiate, les signes d'une hémorrhagie cérébrale. »

Que penser d'une lésion directe des éléments du cortex par le chloroforme ? On sait que l'albuminurie post-anesthésique est sous la dépendance d'une nécrose de coagulation qui atteint la fibre cardiaque, les muscles, le foie, etc. Il s'agit là d'une action immédiate du chloroforme sur les organes ; LUTHER pense que le cerveau doit à son tour être touché comme eux, mais il ne s'appuie sur aucune observation clinique.

Entre ces tentatives diverses d'interprétations : ramollissement, hémorragie et action toxique cellulaire directe, nous n'avons pas à prendre parti. Toutes trois sont plausibles et particulièrement les deux premières, appuyées qu'elles sont sur des données exactes de physiologie. Dans le cas particulier que nous publions, on ne doit pas négliger selon nous un facteur bien probablement en jeu, nous voulons dire la syphilis. Bien que nous n'ayons aucune certitude à cet égard, on voudra bien prendre en considération la facilité avec laquelle elle passe inaperçue chez la femme et d'autre part les raisons pour lesquelles le mari de notre malade a dû en être atteint. En outre, il nous semble encore qu'on a le droit de pencher ici

(1) A la rigueur, étant donné le chiffre considérable des chloroformisations pratiquées chaque jour, l'hypothèse d'une pure coïncidence pourrait bien être émise sans être taxée de non-valeur.

en faveur d'une hémorrhagie plutôt que d'un ramollissement : c'est l'absence d'aphasie qui nous suggère ce diagnostic, car s'il y a eu de l'anarthrie, une lésion de la capsule interne, par exemple, a pu la produire, alors qu'on ne s'expliquerait pas la conservation des fonctions du langage avec une lésion corticale assez prononcée pour déterminer semblable hémiplégie.

Une question se pose : L'iodure de potassium est-il pour quelque chose dans l'absence de contracture ? Nous nous garderons bien d'y répondre. Nous n'invoquerons pas, en tous cas, son action thérapeutique pour chercher à étayer l'hypothèse de la nature spécifique de cette paralysie, car si la syphilis a frappé les tuniques d'une artère cérébrale au point d'amener sa déchirure ou son oblitération, on ne voit pas comment un médicament quelconque peut influencer les lésions purement mécaniques qui en sont la conséquence. Il faut être prévenu de la possibilité de semblables accidents, heureusement des plus rares. Rien chez les sujets qui les ont présentés ne pouvait les faire prévoir. Sur treize cas, nous rencontrons dix femmes, mais la statistique est trop restreinte pour offrir une valeur quelconque. L'âge va de 18 à 60 ans : il paraît donc sans importance, de même que la nature des opérations parmi lesquelles on rencontre aussi bien l'avulsion d'une dent qu'une laparotomie ou une amputation.

Le diagnostic d'avec les paralysies par compression ou élongation se fera aisément par les commémoratifs, le siège et l'allure clinique de ces paralysies. Néanmoins, il y a des exemples de difficultés plus grandes qu'on ne saurait le croire. Où ranger un enfant de quatorze ans, à qui Casse fait la résection du tarse pour ostéomyélite et qui présente une paralysie des extenseurs de l'avant-bras ? Rien n'a pu provoquer la compression du radial, d'après l'observation.

Où ranger deux malades de Vautrin, l'un opéré d'un papillome lingual, et se réveillant d'une narcose incomplète et très courte avec une paralysie du bras droit, l'autre opéré d'une hydrocèle et qui, le soir même, ne peut plus ni soulever le bras, ni fléchir le coude? Où placer enfin quatre femmes, vues par Garrigues qui, après anesthésie par l'éther, eurent aussi des monoplégies brachiales? Probablement, il s'agit de compression qui aura passé inaperçue, mais on n'en a point l'assurance.

Le pronostic ne semble pas très grave en général si l'on veut bien se souvenir que la malade de Büdinger est morte de son cancer; celle de Krumm, de broncho-pneumonie et celui de Gross des suites de son étranglement herniaire. Les autres, ceux qui sont porteurs de lésions compatibles avec la vie, voient leur paralysie s'améliorer, sinon guérir. La malade qui a été le sujet de cette note se rétablira tout à fait, c'est probable ; l'absence de contracture, même latente, nous engage presque à dire : c'est certain.

BIBLIOGRAPHIE

Holmokf et Benedikt. — *Protocoll der Sitzung der KK. Gesells. der Aerzte in Wien*, 19 fév. 1869.

Carle et Mosso. — Ueber das Verhalten des Blutkreislaufes im Gehirn während der Chloroformnarkose. *Wien. med. Woch.* 1885.

Quinke. — *Deut. Zeitsch. f. Nervenheil, IV*, 1893.

Luther : Chloroform. *Klinische Streitfragen.* Wien 1893.

Büdinger : Lähmungen nach Chloroform. *Arch. f. klin Chir.* 1894, Bd. XLVII.

Kron : Lähmungen nach Chloroform. *Berl. klin. Woch.* 1er avril 1895.

Vautrin et Gros : Paralysies post-anesthésiques. *Revue méd. de l'Est*, 1894, n° 3 et *Bull. soc. méd. Nancy*, 1895, p. 29.

Senger : *Deuts. med. Woch.* 1894, n° 37, p. 722.

Depage : *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1894, p. 293.

Krumm : *Samml. klin. Vortrage*, 1895, n° 139.

Franke : *Elberfeld mediz. Gesells*, juin 1895.

Placzek : *Berl. kl. Woch.*, 1er avril 1895, p. 286.

Angelesco : Accidents post-anesthésiques. *Presse médicale*, 1896, 16 mai.

Casse : *Acad. roy. de méd. de Belgique*, 4e série, t. IX, n° 2, 1897.

Garrigues : Anesthæsia paralysis. *Am. journ. of med. science*, 1897, p. 81.

Schwartz, Chipault et Reboul : Congrès français de chirurgie, 1897, p. 688.

Kobert : *Toxicologie.* Stuttgart 1893.

Kapeller : Mort par le chloroforme. *Arch. f. kl. Chir.* Bd. 35, II.

Frankl : *Virchow's Archiv.* Bd. 127 et 129.

Kolisko : *Wiener kl. Woch*, 1893, n° 11.

FAITS CLINIQUES

Clinique Chirurgicale de la Charité

Volumineux fibrome de l'ovaire, sans ascite

par le Dr **Potel**, chef de Clinique chirurgicale

Les fibromes de l'ovaire constituent une affection relativement rare. Cependant, si l'anatomie patholo-

gique de ces tumeurs est aujourd'hui bien établie, si les travaux de Waldeyer, Léopold, Szurmurski, Ziembicki, Patenko, etc., ont depuis longtemps élucidé tous les points intéressants de l'histologie de ces néoplasmes, si de nombreuses discussions ont eu lieu sur la dégénérescence myxomateuse ou sarcomateuse des fibromes, et sur la constitution des géodes, par contre, la symptomatologie est presque toujours restée dans l'ombre ; les auteurs classiques semblent se préoccuper à peine de l'intérêt clinique de ces tumeurs.

Nous avons pu récemment observer dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Dubar, un cas particulièrement intéressant de fibrome de l'ovaire. Voici d'abord l'observation de la malade.

Hermance D..., 42 ans, célibataire, couturière, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Dubar, le 2 mars 1898, pour une tumeur abdominale. Le père est mort il y a trois ans d'affection cardiaque. La mère âgée de 75 ans, est bien portante.

La malade a été réglée à l'âge de 13 ans. Les règles ont paru régulièrement tous les mois jusqu'à 21 ans. A cette époque, la malade est prise de rhumatisme articulaire aigu, avec complications cardiaques. Depuis lors, les règles eurent lieu toutes les trois semaines, mais très régulièrement, ne variant pas comme quantité. La durée était de quatre à cinq jours.

La malade ne se rappelle avoir subi ni chute ni contusion de l'abdomen. Elle n'a jamais eu d'enfant. L'hymen est intact.

Depuis l'âge de 21 ans, elle ressentit une sorte de pesanteur dans le bas-ventre. Puis le ventre commença à grossir. L'accroissement de volume se fit d'une façon régulière, progressivement, sans diminution momentanée, ni augmentation brusque. La malade s'apercevait que ses ceintures devenaient toujours trop petites. Elle éprouvait de la gêne mais jamais de douleur. Elle s'étonnait de sentir dans son abdomen une masse dure comme du bois, disait-elle.

Il n'y eut jamais ni varices ni œdème des jambes. Par contre il y a deux ans apparurent des hémorrhoïdes qui depuis un an donnent beaucoup de sang.

La constipation est opiniâtre, la miction difficile. A l'examen, on trouve l'abdomen volumineux. Quelques vergetures. Pas de circulation collatérale.

Pas d'ascite. — La percussion donne de la matité sur toute la hauteur et en avant. A la palpation on délimite une tumeur volumineuse remontant presque jusqu'à l'épigastre, à grand diamètre transversal. La tumeur est lisse, sans bosselures, de consistance ferme. On n'obtient pas de fluctuation.

Le toucher vaginal est difficile, à cause de la persistance de l'hymen. Le col est très en arrière, on peut lui imprimer quelques mouvements de latéralité. L'utérus est porté en haut et en arrière La tumeur descend dans le cul-de-sac antérieur. Mais le catéthérisme utérin montre que la cavité utérine a sa profondeur normale et que l'utérus est dirigé en haut en arrière et à droite, et paraît se mouvoir avec l'utérus.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement. On pense à une tumeur solide du ligament large gauche.

Opération le 9 mars. Chloroformisation. Asepsie complète de la peau.

M. le professeur Dubar fait une incision médiane de l'abdomen, remontant à quatre travers de doigt au dessus de l'ombilic. On tombe sur une tumeur lisse d'aspect nacré, énorme. Introduisant la main dans l'abdomen, M. Dubar réussit à faire basculer la tumeur et à la faire sortir de sa loge abdominale. Le néoplasme ne présente point d'adhérences. Il est réuni à l'utérus par un pédicule relativement peu développé, dans lequel on reconnaît la trompe, un peu plus grosse que normalement. La trompe était intimement accolée à la surface de la tumeur. Le néoplasme s'est développé aux dépens de l'ovaire gauche. On sectionne le pédicule entre deux clamps, et la tumeur est enlevée.

La *cavité abdominale*, maintenant béante *ne contient pas d'ascite*, même en faible quantité.

L'ovaire droit, plus volumineux qu'à l'état normal, paraît dégénéré. On l'enlève également.

M. Dubar extirpe également un petit fibrome gros comme un pois, faisant saillie sur la paroi gauche de l'utérus. Les pinces placées sur les ligaments larges sont remplacées par des fils de soie.

Sutures de la paroi. Surjet au catgut sur le péritoine et sur le plan aponévrotique. Sutures de la peau au crin de Florence. Pansement iodoformé.

La tumeur enlevée pesait 6 kilogr. 300. Sa section montre un tissu fibreux, uniforme, sans géodes.

L'examen histologique a montré que la plus grande partie de la tumeur était constituée par du fibrome. Cependant en quelques points très restreints de la surface de la tumeur en voie d'accroissement, on rencontre des points où la prolifération est plus active. Ces points, d'ailleurs peu étendus sont formés de fibres-cellules, jeunes, analogues à celles que l'on rencontre dans les tumeurs fibro-plastiques. La tumeur présentait donc à la surface quelques points d'apparence sarcomateuse.

Les suites opératoires furent les plus simples. Il n'y eut ni fièvre, ni douleurs. La malade sortit guérie le 6 avril.

Nous avons souligné l'absence d'ascite dans notre observation. C'est que le fait a son importance.

Si l'on consulte les auteurs classiques on voit que le plus souvent la symptomatologie n'est même pas esquissée. Chez les auteurs qui ont essayé de l'absorber, dans le traité de Pozzi, par exemple, on trouve ceci :

« C'est l'*ascite* qui attire, généralement, l'attention
» tout d'abord, elle est provoquée par la grande mobi-
» lité de la tumeur, ainsi que cela se voit dans cer-

» tains corps fibreux pédiculés de l'utérus. Lorsque » ce symptôme manque, la *tumeur* peut rester inaper- » çue ou n'être découverte que par hasard si l'on » pratique l'exploration bi-manuelle ou si l'on fait la » laparatomie pour une autre cause. »

L'ascite serait donc, d'après les auteurs, le symptôme prédominant des fibromes de l'ovaire, symptôme devant donner l'éveil au chirurgien et le mettre sur la voie.

Si nous nous reportons aux observations publiées un peu partout, de fibromes purs ou dégénérés de l'ovaire, nous nous apercevrons rapidement que ce tableau symptomatique est souvent inexact.

Si nous prenons comme critérium l'absence ou la présence d'ascite, nous pourrons diviser les cas en plusieurs catégories :

1° Dans une première catégorie, l'ascite a été nettement constatée (Terrier, Postemski, Smith, Spigelberg, Blin.

Dans ces cas on trouve souvent une réaction péritonéale assez intense, des adhérences intestinales ou épiploïques, etc. (Terrier, etc.).

2° Nous ferons une seconde classe des faits où il existe bien de l'ascite, mais où il n'est rien moins que démontré que l'épanchement péritonéal est le fait du fibrome ovarien. Tel est le cas de Popow, où en même temps que le fibrome existait une cirrhose hépatique. D'autres fois, on a trouvé un épithélioma du pylore (Jacoby), un kyste de l'ovaire opposé. Dans ces conditions, il nous paraît difficile d'attribuer l'épanchement séreux au seul fibrome ovarien.

3° Dans la grande majorité des cas, les auteurs ont oublié de mentionner s'il y avait de l'ascite ou non (Wilks, Klob, Szummurski, Klemwochter, Goodhart, Grisp, Rendu, etc.).

Pour ces observations, il est difficile d'affirmer quoi que ce soit. Mais au moins nous semble-t-il rationnel d'admettre, que, si tant est qu'elle existât, l'ascite était en quantité si minime qu'elle n'a point frappé les chirurgiens. Cette opinion nous paraît d'autant plus probable, qu'un certain nombre de ces observations, celle de Rendu, en particulier, sont prises avec beaucoup de soin, et que ces auteurs n'auraient point laissé passer inaperçu un symptôme aussi important.

4° Enfin dans une dernière catégorie, nous rangerons les faits où l'absence d'ascite est bien démontrée. Le fait que nous publions est le troisième que M. le professeur Dubar opère en l'espace de six ans.

Dans le premier cas (1) il s'agissait d'un fibrome pur, gros comme une tête d'adulte, arrondi, sans bosselures, présentant un peu de mobilité dans le sens latéral Le pédicule était légèrement tordu. Pas d'ascite.

Dans le second cas (2), chez une jeune fille de 23 ans, on trouva un volumineux fibro-sarcome de l'ovaire gauche sans qu'il y eut la moindre ascite.

Cette revue rapide suffit à nous démontrer que l'ascite est un phénomène absolument contingent au cours des fibromes de l'ovaire, et qu'il est imprudent d'en faire le point de départ d'un diagnostic. Mais pourquoi, dans certains cas, existe-il de l'ascite et dans d'autres n'en existe-t-il pas ?

Nous laisserons d'abord de côté les tumeurs épithéliomateuses qui s'accompagnent si rapidement de dégénérescence péritonéale. Ces cas ne rentrent pas dans notre étude. Nous ne nous occuperons que des fibromes, que la dégénérescence sarcomateuse ait commencé ou non.

Nous éliminerons également la théorie de Quénu de la transsudation des liquides, (puisqu'il s'agit de tumeurs solides) et la théorie de Nicaise de la compression des uretères. (La compression des uretères amenant de l'hydronéphrose et non de l'ascite).

Nous ne rappelerons que pour mémoire l'ancienne théorie, aujourd'hui abandonnée, de Waldeyer, d'après laquelle le liquide péritonéal serait secrété par des cellules mucigènes que l'on trouverait sur l'ovaire.

Il nous reste ainsi deux théories qui méritent davantage l'examen.

La théorie de la compression admise par un certain nombre d'auteurs est cependant loin d'expliquer tous les faits. Ne tombe-t-elle pas d'elle-même devant cette constatation qu'une tumeur volumineuse, immobile pesant 6 kilos 300, ne donne point d'ascite, alors qu'une tumeur, grosse comme le poing et mobile produit une ascite abondante ?

Reste la théorie de la réaction péritonéale. Cette théorie est admise de Gunderlach, Ziembicki, etc., et c'est celle qui nous paraît la plus probable. Le péritoine, irrité, s'enflamme, et réagit comme toutes les séreuses, c'est-à-dire par la production de liquide. Reste à savoir pourquoi le péritoine réagit dans certains cas, et point dans d'autres.

Si l'on passe en revue les observations, on s'aperçoit

(1) *Bulletin médical du Nord* 1892.

(2) L. Dubar, *Statistique opératoire*.

rapidement que les cas où l'on n'a point trouvé ou mentionné d'ascite, sont généralement des cas où les tumeurs étaient grosses, fixes, peu mobiles, lisses ou peu bosselées, tumeurs dont le déplacement est trop peu considérable pour irriter le péritoine.

Ces tumeurs, nées dans le petit bassin, s'élèvent peu à peu dans la grande cavité abdominale, gardent le contact de la paroi, devenant pour ainsi dire paroi elles-mêmes, et paroi absolument lisse, pourvue d'un revêtement séreux intact. Elles n'entrent donc pas en conflit par leurs mouvements avec la masse intestinale. L'intestin se meut simplement sur cette séreuse sans que ses déplacements donnent lieu à aucun phénomène réactionnel.

Par contre, d'autres tumeurs, beaucoup plus petites, grosses comme le poing, pédiculées, très mobiles, bosselées, vont à chaque instant heurter, irriter le péritoine pariétal et viscéral, jusqu'à ce que le péritoine s'enflamme et réagisse par la production d'ascite.

Cette théorie qui est celle de M. le professeur Dubar et la nôtre, nous paraît expliquer mieux que toute autre les faits cliniques que nous avons observés.

En résumé, il nous semble que l'ascite n'est point fonction de la constitution histologique des fibromes de l'ovaire, qu'elle est indépendante de leur dégénérescence sarcomateuse ou myxomateuse mais qu'elle est seulement l'expression de leur mobilité et de l'irritation péritonéale qu'ils provoquent.

C'est donc ailleurs que dans l'ascite, qu'il faudra chercher un élément de diagnostic sérieux. C'est dans la longue durée de l'évolution, dans le début nettement pelvien et latéral, puis dans l'ascension de la tumeur dans l'abdomen, dans la mobilité et l'indépendance de l'utérus que l'on trouvera des éléments de diagnostic qui risqueront moins d'égarer le chirurgien.

La distinction avec les kystes très tendus, et les fibromes pédiculés de l'utérus restera parfois bien difficile. Il est heureux qu'au point de vue de l'intervention, la question soit de minime importance.

Ce que nous avons voulu, c'est montrer qu'il ne faut point attacher à l'ascite dans les fibromes de l'ovaire, une valeur diagnostique aussi grande que semblent le croire les classiques, et montrer qu'il s'agit là d'un fait secondaire contingent, qui n'est que la traduction de la réaction plus ou moins forte du péritoine vis-à-vis de l'agent irritant.

ANALYSES. — LIVRES

L'Idée fixe et son rôle en pathologie mentale, par G. R. Laurent (Lille, in 8°, 1898. C. Robbe, édit.).

Etudier la physiologie pathologique à l'aide de la physiologie normale est une des préoccupations les plus profitables du clinicien. C'est ce que démontre une fois de plus la lecture de ce petit volume.

L'idée fixe, nous dit M. Laurent, n'est pas une invention de toutes pièces de la pathologie. Elle existe à l'état normal, elle fait partie du mécanisme de l'esprit humain. Mais elle a ses caractères propres et différentiels, qui permettent de la distinguer de l'idée fixe morbide, ou plutôt des idées fixes morbides. Celles-ci ont, à leur tour, suivant les espèces mentales, leurs particularités. Et M. Laurent les analyse. C'est du déterminisme de bon aloi, comme en savent faire les observateurs qui se modèlent sur Claude-Bernard Il suffit, pour s'en convaincre, de lire ce travail.

La première partie est consacrée à l'idée fixe en général : idée fixe normale et idée fixe pathologique ou délirante. En voici la division. Après avoir discuté l'existence de l'idée fixe normale, son origine, sa genèse, sa nature, ses caractères, l'auteur en établit la définition. En ce qui concerne l'idée fixe pathologique, il établit : si la présence d'une idée fixe est un symptôme de trouble mental, quels en sont l'origine, la genèse, le mécanisme, la nature, les caractères, les significations cliniques ; il procède à sa définition, à son diagnostic (d'avec l'idée délirante passagère, l'erreur physiologique, l'obsession) et en formule les conséquences psychiques, le développement du délire

L'idée fixe en pathologie mentale constitue la seconde partie. L'hystérie, la neurasthénie, la mélancolie, la migraine ophthalmique, la dégénérescence mentale, le délire chronique, forment autant de chapitres naturels, conformes à l'examen des faits, dans lesquels, pas à pas, à l'appui d'observations nombreuses, sont, d'après la méthode et les prémisses exposées dans la première partie, mises en évidence les idées fixes pathologiques, leurs propriétés, leurs conséquences, en tels ou tels cas.

P. K.

VARIÉTÉS

La langue médicale

Il est des pharmaciens et des médecins, à Liège surtout, dit la *Médecine moderne* du 10 décembre, qui veulent ramener, comme en Allemagne, la langue latine pour les ordonnances médicales. Nous reviendrions ainsi au bon temps du latin de cuisine, que tous les clients, même les illettrés, pouvaient comprendre et dont voici un spécimen, dû à un vieux praticien très renommé, M. le Dr D. L., qui n'a jamais rien prescrit en français :

R. *Onguentus mercurus douplus.*

Frictionatez super fessis et venter.

Chronique pharmaceutique

Mes chers confrères, avouons-le : l'âge d'or n'est plus, pour nous; l'antisepsie a donné à notre vieille profession un coup droit dont elle se souviendra longtemps, et la sérothérapie achèvera ce que l'antisepsie a commencé, en nous portant le coup final, ou.... coup du lapin.... Fini, le monsieur qui conservait son bras en écharpe pendant plusieurs mois, et qui, chaque matin, allait chez son pharmacien lui demander en grâce un nouveau pot d'onguent, plus ou moins suppuratif ou lénitif, coût : un franc vingt-cinq.

Disparus de la circulation de la maladie, tous ces blessés souffreteux, lesquels vous disaient, les yeux gonflés d'ennuis : « Comment cela va?... Nous n'en savons trop rien... Nous n'osons regarder la plaie que nous avons à la jambe.... », et qui vous achetaient ce joli linge fenestré, et ce mirobolant onguent d'althæa, lié avec un jaune d'œuf, et additionné d'un peu de camphre lequel, toujours manquant de pulvérulence, irritait la plaie et augmentait les souffrances du patient...

Enfin, des praticiens avisés sont venus, ils ont préconisé la propreté avant toute autre chose dans le traitement de toutes les plaies et des affections de la peau, et par cela même ont démoli cet arsenal d'onguents gluants, puants et résineux, ont rejeté toutes ces pommades plus ou moins rassies que l'on utilisait, et qui, lorsque leur âge se perdait dans la nuit des temps, étaient quand même emmagasinées, dans le réceptacle de toutes les impuretés pharmaceutiques, dans le malheureux onguent mercuriel simple, *vulgô*, onguent gris.

Où êtes-vous, clients qui entriez dans les boîtes, en trois quarts ou en coup de vent, qui susurriez à l'oreille de Pascalon une discrète demande, et qui vous faisiez délivrer un flacon accompagné d'un de ces petits instruments de verre... coût, le tout? (ma modestie professionnelle m'impose le silence)... que l'on recevait par grosses dans la plus minuscule des pharmacies. Clients? l'invasion des injecteurs de tout systèmes vous a vite clairsemés, et finalement la douche d'ESMARCK (les grandes eaux de Versailles, quoi?), vous a pour toujours éloignés de notre présence, et le fameux bocal aux dragées de copahu-cubèbe-ratanhia et fer s'est couvert de poussière et est allé rejoindre, dans le domaine des oublis, ses copains d'étagère.

Eh bien, tant mieux. Cette époque d'ignorance et d'hésitation a cessé, ne nous en plaignons pas, car nous pouvons être clients à notre tour, même pour le petit instrument de verre. Et parmi les progrès accomplis, certains le sont du fait de nos confrères, qui n'ont pas craint de diminuer le profit qu'ils retiraient de l'ignorance et de la crédulité des clients, en devenant plus scientifiques et, partant, plus sincères : il faut, à la vérité, leur rendre cette justice.

Dans cette position spéciale occupée par les pharmaciens, ils sont professionnels et commerçants à la fois. Pliant sous les charges et la responsabilité qui incombent à tous les commerçants qui ont le souci de faire honneur à leurs affaires, ils n'ont pas craint de placer leurs affections professionnelles au-dessus des intérêts que dicte, à celui qui vend une marchandise, l'A B C du commerce. En un mot, et cela les honore, ils ont été pharmaciens avant d'être commerçants.

Henry GIRAUD (d'Oran).

(Revue médicale et pharmaceutique du Nord de l'Afrique).

A propos du Vésicatoire

Au Professeur HERVOUET,
persécuteur de la Cantharide.

Et que vous a donc fait, ô maître impitoyable,
La mouche aux ailes d'or, splendeur des vieux chemins
Pour la poursuivre ainsi d'une haine implacable
Jusque sur le thorax des malheureux humains ?

N'était-ce pas assez qu'arrachée au grand frêne,
Palais aérien, balancé dans l'azur,
Elle se vît un jour, l'éblouissante reine,
Exiler jusqu'au fond d'un magasin obscur ?

Exiler ? Ciel ! que dis-je ? Un bourreau vil, infâme,
Un Potard la jetant dans un sombre mortier,
De son pilon brutal, sans entrailles, sans âme,
La massacre et la broie avec un air guerrier !

De tes élytres d'or, ô brillant scarabée,
De ton corps diaphane emporté dans l'azur,
Il ne reste plus rien, pas même un macchabée,
Rien qu'un magma sans nom, noirâtre, horrible, impur !

Non, ne regrette pas ta parure éclatante,
Ton trône dans l'éther, ô martyre du sort !
Car l'homme te bénit sous ta forme infâmante,
L'homme sauvé par toi des affres de la mort !

Un moribond est là sur son lit de délire,
Sans forces, haletant, la torture au côté,
Tu viens : il se ranime, il tressaille, il respire ;
La douleur s'est enfuie, il est ressuscité !

L'humanité te doit encor plus, ô victime,
Car tu fais le miracle, oui, de la rajeunir.
Par toi la glace fond, la vigueur se ranime ;
Le vieux Faust aime encor tout grisé d'élixir.

Prenez garde vous-même ! Un jour viendra peut-être
Où sur vos os usés la bise soufflera.
Sans haleine, sans feu, défaillant dans votre être,
Vieux maître décrépit, qui vous réchauffera ?

Il en est temps encor, maître, cessez la guerre,
Et comme Paul jadis, au chemin de Damas,
Que vos yeux dessillés, s'ouvrent à la lumière :
De votre piédestal, vous ne descendrez pas.

Dr L...

Avril 1898. *(Gazette médicale de Nantes).*

Intérêts Professionnels

Responsabilité médicale: emploi du cyanure de mercure

Le médecin, qui prescrit des injections à la dose de 5 centigrammes de cyanure de mercure pour 10 grammes d'eau distillée bouillie, engage-t-il sa responsabilité au point de vue médical ? C'est affaire entre HIPPOCRATE et GALIEN, et nos doctes collègues de la Faculté de médecine ont seuls qualité pour la débrouiller.

Mais au point de vue civil, au point de vue de la loi ? La question a été récemment soumise à la justice et a donné lieu à un jugement rendu par le tribunal civil de Valence, le 21 mars

1898 (*La Loi* du 22 mai 1898, p. 445). Elle se présentait dans les circonstances suivantes :

Le Dr GRANDCLÉMENT, médecin ordinaire d'une dame GARDON, lui avait remis une ordonnance prescrivant une dose de 75 centigrammes de cyanure de mercure pour 1.000 grammes d'eau distillée. Mme GARDON fait venir un autre médecin, le Dr R..., qui ordonne 5 centigrammes de cyanure pour 10 grammes d'eau distillée bouillie, et remet son ordonnance à Mme GARDON qui la fait préparer elle-même par le pharmacien. Le Dr R... pratique une injection, puis se retire laissant au Dr GRANDCLÉMENT la suite du traitement.

Plus tard, le Dr R..., ayant vainement réclamé le paiement de ses honoraires, intente une action en justice contre sa cliente. Celle-ci répond par une demande reconventionnelle en dommages-intérêts contre le médecin. Elle allègue, d'une part, que le Dr R... a dépassé son mandat, attendu qu'il n'avait été appelé que comme opérateur, qu'il aurait dû, par conséquent, se conformer à l'ordonnance prescrite par le Dr GRANDCLÉMENT, et se borner à exécuter ponctuellement cette ordonnance.

Elle allègue, d'autre part, qu'en prescrivant de lui-même une dose plus forte de cyanure de mercure, le Dr R... n'a fait qu'aggraver la maladie et a ainsi commis une faute lourde des conséquences de laquelle il doit être déclaré civilement et pécuniairement responsable.

Mais le tribunal ne fit pas droit à ces conclusions de Mme GARDON. C'est que, sur le premier chef, la défenderesse n'établissait nullement la limitation qu'elle prétendait avoir apportée au mandat du Dr R... Au contraire, les circonstances démontraient que le Dr R... n'aurait nullement accepté le rôle de simple exécuteur des prescriptions de son confrère ; que, bien loin de là, il avait fait connaître son opinion et ses prescriptions personnelles et essentiellement différentes ; puis, que Mme GARDON s'en était elle-même rendu compte, ayant pu comparer les deux ordonnances, les ayant portées chez le pharmacien, et ayant fait préparer le remède prescrit par le Dr R... Il n'y avait donc, de ce chef, aucune faute *contractuelle* imputable à ce dernier.

Sur le second chef, n'y avait-il pas faute *délictuelle* du médecin ? Pas davantage. Le tribunal de Valence commence par poser, en principe, qu'un médecin, « malgré sa qualité de docteur, doit être tenu, comme tout autre homme, de répondre des fautes par lui commises et qui auraient occasionné un dommage à autrui. » Et il déduit une conséquence de ce principe en déclarant que s'il était prouvé que « la malade a eu pendant 5 ou 6 jours à souffrir d'atroces douleurs », comme elle le prétendait et que ces souffrances fussent le résultat d'une faute du médecin, celui-ci ne saurait échapper à une action en responsabilité née du quasi-délit par lui commis.

Mais, en fait, le tribunal ne reconnaît pas l'existence d'une faute à la charge du Dr R...

« Attendu qu'il résulte de documents nombreux et émanant d'auteurs et de docteurs éclairés que des injections peuvent être administrées et sont souvent administrées avec du cyanure de mercure à la dose employée par le Dr R... ;

» Attendu que rien ne prouve qu'il eût été préférable, au point de vue de la guérison de Mme GARDON ou de l'amélioration de son état, de se contenter d'employer la dose prescrite par le Dr GRANDCLÉMENT et qu'il n'appartient au tribunal, ni peut-être à personne, de trancher une pareille question ;

» Attendu, d'ailleurs, que, lors même, ce qui n'est pas établi, que le Dr R... se fût trompé, ce fait ne constituerait pas de sa part une de ces fautes lourdes qui peuvent engager la responsabilité du médecin ; qu'en effet, les médecins ne sont pas infaillibles, ni ne se donnent pour tels, et lorsqu'un malade se confie à eux, il est toujours entendu entre eux et lui, qu'il doit leur être permis d'être induits en erreur, par suite de l'insuffisance inévitable de leur art ; et que cette erreur et l'insuccès de leurs traitements ne peuvent avoir pour résultat d'engager leur responsabilité, si ce n'est dans les cas où ils se sont rendus coupables d'imprudence, de légèreté et négligence et d'ignorance manifestes, ce qui, d'après ce qui précède, n'est pas le cas du Dr R... ».

Sur des cas analogues : huile de foie de morue phosphorée, à la dose d'une à deux cuillerées à soupe par jour, ayant amené la mort d'un enfant ; potion de 4 grammes d'acide salicylique à prendre en une heure, suivie de la mort du malade, voir Dr BROUARDEL, *De la responsabilité médicale*, p. 54.

J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le *New-York medical Record* établit que les Turcs avaient perdu moins de 1.000 hommes sur le champ de bataille dans la guerre **gréco-turque**, mais que 19.000 hommes étaient morts de maladie en Thessalie et que 22.000 étaient rentrés malades ; sur ces derniers, 8.000 succombèrent ultérieurement. Parmi les morts, on comptait 17 médecins.

Le 24 mai dernier ont été exhumés, au cimetière Montparnasse, à Paris, les restes de Samuel-Christian-Frédéric HAHNEMANN, né à Meiszen, le 10 avril 1755 et mort à Paris le 2 juin 1843, qui fut le fondateur de l'homœpathie, par son fameux traité « **Organon der rationellen Heilkunde** », publié à Dresde en 1810. Nombre de médecins étrangers, les docteurs JOUSSET père et fils, CHARTIER, GUINARD et FAURE, le docteur HAHNEMANN, petit-fils du défunt, assistaient à la cérémonie.

CONCOURS D'AGRÉGATION

Le **Concours d'agrégation** (section de physique, chimie et pharmacologie) s'est terminé par les nominations suivantes :

Paris : physique, M. BROCA ; chimie, M. DESGREZ ;
Lyon : physique, M. BORDIER ; chimie, M. SAMBUC ;
Montpellier : physique, M. BERTIN-SANS ;
Toulouse : pharmacologie, M. GÉRARD.

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

M. A.-A. VASSEUR, de Montigny-aux-Jongleurs (SOMME), externe des hôpitaux, a soutenu, le samedi 18 juin, sa thèse de doctorat (5me série, n° 81) intitulée : **Quelques moyens de révulsion chez les enfants**.

M. le docteur Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine, présidera la séance de rentrée solennelle des Facultés, fixée aux premiers jours de novembre.

— M. le docteur Morache, directeur du service de santé du 18e corps, chargé de l'inspection générale du service de santé des Ier, IIme et Xme corps d'armée, a procédé jeudi et vendredi à l'inspection de l'hôpital militaire de Lille.

SOCIÉTÉS SAVANTES : ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ont été élus :

Associé libre: M. le docteur P. Richer, au deuxième tour, par 59 voix contre 33 à M. Commenge.

Associé étranger : M. le professeur Vanlair (de Liège).

Distinctions honorifiques

Sont nommés :

Chevalier de la Légion-d'honneur : M. le docteur Mihran Kemhadjian.

Officiers de l'intruction publique : MM. les docteurs Madamet, sous-directeur au Val-de-Grâce ; Hitier, de Paris.

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Ferraton et Lemoine, agrégés du Val-de-Grâce ; Antheaume, chef de clinique à Sainte-Anne ; Dagonet, Dive, Desforges, Laborde, Meunier, Pascalis et Sibur, à Paris ; Dumouly, Le Barron, à Levallois-Perret ; Convert, à Saint-Etienne ; Roche, à Saint-Symphorien de Lay ; Bertrand, à Noirétable ; Féaulde, à Fontenay-sous-Bois.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Genouville, de Paris ; P. Midrin, maire de Sèvres ; Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière.

MM. Trier, professeur à Copenhague ; Melson, professeur de clinique médicale à Birmingham ; Yandell, professeur de clinique chirurgicale à Louisville.

OUVRAGES PARVENUS AUX BUREAUX DU JOURNAL :

Tabes et eaux minérales : étude comparée de thérapeutique thermale, par le docteur Belugou, Paris, Société d'éditions scientifiques, 1897.

Notes sur un sérodiagnostic de la tuberculose, par le docteur O. Sirot, médecin de l'Hôtel-Dieu de Beaune, 1898, Batault, *Beaune*.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1897, par Bourneville, avec la collaboration de MM. Dardel, Jacomet, Mettetal, J. Noir, Philippe, Rellay, Schwartz, Tissier et Wuillamier. — Tome XVIII de la collection. Un fort volume de LXXXIV-224 pages avec 18 figures dans le texte et 20 planches. Prix : 7 francs. — Librairie du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, et Félix Alcan, boulevard Saint-Germain, 108.

Quelques considérations sur le rôle du médecin aux eaux minérales, par le docteur Laussedat, (de Royat), Paris, Maretheux, 1898.

L'idée fixe et son rôle en pathologie mentale, par le docteur G. Laurent, Lille, C. Robbe, 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

24e SEMAINE DU 12 JUIN AU 18 JUIN 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	2
3 mois à un an	8	5
1 an à 2 ans	4	2
2 à 5 ans	5	3
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	»	2
20 à 40 ans	7	2
40 à 60 ans	6	12
60 à 80 ans	11	8
80 ans et au-dessus	»	»
Total	47	37

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	7	12	12
Moulins, 24,947 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	2	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	1	8	19
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	7	3	2	»	»	2	»	»	»	»	»	4	20	31
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	1	»	»	»	1	»	2	7	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	7	8
Esquermes, 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	7	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	3	2	2	»	»	2	1	»	»	»	»	5	17	9
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	8
Total	»	4	»	»	»	1	»	4	14	9	8	»	»	12	1	»	»	1	»	30	84	122

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25 Le gérant,

N° 77. Deuxième Année, N° 27. Le Numéro : **10** centimes. 3 Juillet 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Le traitement de la colique saturnine par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, par le docteur **A. Deléarde.** — Note sur deux cas de méningite cérébro-spinale épidémique, par le docteur **Desoil.** — Statistique des aliénés du sexe masculin du département du Nord, par le docteur **P. Kéraval.** — Un cas d'hydronéphrose calculeuse chez un nourrisson, par le docteur **E. Ausset** et **Châtelain,** interne des hôpitaux. — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Voici les conclusions du rapport de la Commission de la tuberculose à l'**Académie de médecine** :

L'Académie confirme le sens de ses conseils et de son vote de 1890 qui visent trois mesures de prophylaxie : 1° recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement contenant un peu de solution phéniquée à 5 °/₀ ; 2° remplacer le balayage par le lavage au linge humide ; 3° faire bouillir le lait avant de le boire. Elle recommande, en outre, la désinfection du domicile après la mort et même après un court séjour d'un tuberculeux, et aussi la désinfection des linges, literie, etc.

En ce qui concerne la famille, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense dès que la tuberculose est ouverte ; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tuberculose pulmonaire à l'état fermé, par un diagnostic précoce et un traitement approprié. Pour l'armée, l'Académie demande que la réforme temporaire soit appliquée aux tuberculeux du premier degré avant l'expectoration bacillaire et la réforme définitive dès que les crachats contiennent le bacille.

L'école, l'atelier, le magasin, relevant de l'instituteur et du patron, l'Académie leur rappelle l'importance de cette question d'hygiène. Elle approuve les conclusions du travail de la commission hospitalière en ce qui concerne les malades des hôpitaux, à savoir : 1° isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées, en attendant la création de nouveaux sanatoria ; 2° antisepsie des salles par la réfection des planches et la suppression du balayage ; 3° amélioration du corps des infirmiers ; 4° création d'un corps d'infirmiers sanitaires.

L'Académie approuve enfin les restrictions de la loi en projet et des arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservées à des cas assez rares. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine et l'élimination, par la boucherie, de leurs animaux légèrement tuberculeux.

Il faut, en outre, assurer l'exécution des prescriptions relatives à la salubrité des casernes (augmentation du volume d'air dévolu à chaque homme, aération continue des chambrées, isolement des infirmeries et des réfectoires, etc), fortifier la résistance des hommes en augmentant la ration alimentaire, profiter des saisons et des moments les plus favorables de l'année pour l'appel des classes, les changements de garnison, les manœuvres, marches de nuit, etc. Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité.

*** Ce n'est que depuis quelques années que l'on a appris

à distinguer la confusion mentale polynévritique de délire des dégénérés, de la stupeur mélancolique, etc. Ce syndrome est caractérisé par un trouble mental, curable en général, mais suivi quelquefois d'affaiblissement intellectuel ou de démence complète ; le trouble prédominant est la confusion des idées. Cette psychose est généralement consécutive à une infection ou à une intoxication : fièvre typhoïde, variole, grippe, choléra, pneumonie, érysipèle, infection puerpérale, surmenage. Il s'agit de lésions de l'écorce cérébrale, mais jusqu'ici on n'a décelé que des altérations banales (épaississement et œdème de la pie-mère, hémorrhagies punctiformes du cerveau, atrophie des fibres à myéline du cerveau), M BALLET a eu l'occasion de faire l'autopsie de deux malades, âgés de 30 et 32 ans, alcooliques, avec des symptômes de tuberculose et un foie gras ; ils présentaient des signes de confusion mentale Le procédé de NISSL montre une altération des grandes cellules pyramidales du cortex cérébral : elles sont tuméfiées, leurs contours sont arrondis, leurs prolongements ne sont plus visibles ; elles ne possèdent plus que quelques rares granulations chromatiques et sont atteintes de dégénérescence pigmentaire. Ces lésions peuvent être attribuées à des intoxications et infections multiples ; dans les deux cas en question elles doivent dépendre de l'alcoolisme.

On sait peut-être que M. BABINSKI désigne sous le nom de phénomène des orteils, une modification dans la forme du réflexe cutané plantaire consistant en ce que l'excitation de la plante du pied amène l'extension des orteils. Cet auteur l'a constaté dans l'hémiplégie organique, la méningo-encéphalite diffuse, l'épilepsie partielle, la méningite cérébro-spinale, l'empoisonnement par la strychnine, la paraplégie spinale spasmodique, la méningo myélite, la myélite transverse, le mal de POTT, la sclérose en plaques, la syringomyélie, la sclérose latérale amyotrophique et la maladie de FRIEDREICH. Ce phénomène a un lien avec l'exagération des réflexes, mais ce lien n'est pas indissoluble.

C'est sur ce point que M. BABINSKI attire l'attention de la **Société de Biologie** : le phénomène des orteils peut être le premier et le seul signe révélateur d'une perturbation dans le système pyramidal.

⁂ M. LÉOPOLD LÉVI a constaté l'apparition d'ecchymoses spontanées ou de bulles de pemphigus dans deux cas de neurasthénie cérébro-spinale à prédominance vaso-motrice.

⁂ M. COURMONT apporte encore de nouvelles expériences sur le sérum anti-streptococcique. Il a immunisé un âne en lui inoculant des cultures de streptocoques de l'érysipèle de l'homme et a obtenu ainsi un sérum qui immunisait bien le lapin contre ces streptocoques. Il a alors isolé onze streptocoques d'érysipèles ou de lésions suppurées humaines et a essayé le sérum de l'âne. Sept streptocoques ont été influencés par le sérum ; quatre ont été, au contraire, favorisés par le sérum Ainsi, même en vaccinant un âne avec deux échantillons de streptocoques, on n'obtient pas un sérum immunisant contre tous les streptocoques pyogènes. Le streptocoque n'est pas une espèce assez différenciée pour qu'un sérum antistreptococcique sûrement efficace puisse être obtenu. Il faut, momentanément au moins, y renoncer.

⁂ A la **Société anatomique.** M. MIGNOT apporte les pièces de deux cas de lithiase biliaire expérimentale provoqués, l'un chez le cobaye, l'autre chez le chien. Les calculs sont d'abord mous, adhérents aux parois de la vésicule, puis tombent dans sa cavité ; mais ils seraient expulsés très vite pendant qu'ils sont encore mous si, par certains artifices, on ne les retenait. Il suffit de déposer dans la vésicule un fil flottant ; les calculs viennent se former sur ce fil, en chapelet. Pour que ces calculs formés de cholestérine presque pure prennent tout leur développement, il faut provoquer une inflammation de la paroi vésiculaire ; il faut de plus que la vésicule ne soit pas trop musclée.

⁂ On voit de temps en temps, dans les foires, des sujets auxquels leur barnum décerne le titre peu commun d'hommes-poissons. Ce sont deux malades de ce genre que M. THIBIERGE présente à la **Société médicale des Hôpitaux.** L'un est âgé de dix-huit ans et l'autre de quinze ; issus de familles différentes, ce sont deux remarquables échantillons d'une affection mal connue. dont le pronostic est considéré comme fatal dès les premiers jours de la vie et qui s'appelle l'ichthyose fœtale. Les lésions occupent les plis articulaires à un degré au moins aussi accusé que le reste du membre ; les mains sont le siège d'une hyperkératose considérable, avec légère hyperhydrose ; les téguments de la face sont rétractés et il y a un ectropion très net, particularités qui n'existent pas dans l'ichthyose vulgaire. Contrairement à celle-ci. qui ne devient apparente qu'au bout de plusieurs mois, ces malades offraient déjà des lésions cutanées très nettes dès la naissance ; dans leur famille, il n'existe aucun cas d'ichthyose ; la mère de l'un d'eux a donné naissance à un fœtus mort-né qui n'avait qu'un seul membre.

*** M. HUTINEL a décrit, il y a quatre ans, un type clinique nouveau, dont les principales étapes sont les suivantes : péricardite tuberculeuses rapidement terminée par symphyse et restant latente pendant toute son évolution ; asystolie précoce à prédominance hépatique ; évolution de la lésion du foie vers la cirrhose avec coïncidence de manifestations tuberculeuses plus ou moins marquées. Parmi les accidents qui accompagnent cette évolution morbide, le plus constant est une cyanose précoce. La mort survient par asystolie, par syncope ou par granulie. C'est surtout au-dessous de trente ans que des faits de ce genre ont été observés et en général chez l'enfant. Un fait capital au point de vue du diagnostic, c'est la discordance absolue qu'il y a entre l'aspect extérieur du malade, qui est celui d'un cardiaque, l'état de son foie, l'ascite, les troubles de la circulation périphérique qu'il présente et l'état de son cœur. L'examen de cet organe ne fait trouver aucune lésion qui puisse rendre compte des accidents. Il n'y a guère que dans cette cirrhose cardio-tuberculeuse que l'on observe cette discordance. MM. MOIZARD et JACOBSON en rapportent trois nouvelles observations.

*** MM. RÉNON et FOLLET présentent un malade atteint d'asphyxie locale symétrique des mains. L'annulaire et l'auriculaire droits sont cyanosés et froids ; ils n'étaient douloureux ni spontanément, ni à la pression, au début, mais le sont devenus depuis quinze jours. L'annulaire gauche est rosé, dur, gonflé et très douloureux à la palpation. L'intérêt de l'observation réside dans ces particularités, et dans le diagnostic avec la gangrène sénile, car il s'agit d'un homme de soixante-dix-sept ans.

A la dernière séance de la **Société de chirurgie**, M. DELBET avait communiqué un fait intéressant de torsion complète de l'intestin autour de son mésentère. Il s'agissait d'une femme présentant des symptômes d'occlusion intestinale. Le véritable mécanisme de l'étranglement ne fut reconnu qu'à l'autopsie.

Les torsions du mésentère ont déjà été décrites par RAIGE-DELORME, d'après un travail de ROKITANSKY (1836). Cependant les observations sont rares. M. KIRMISSON a observé un cas de ce genre chez un enfant de sept ans et demi. MM. REYNIER et MONOD ont également rencontré quelques faits semblables.

Le diagnostic de ces torsions du mésentère est extrêmement difficile. On peut cependant se baser sur trois lignes : l'existence d'un ballonnement localisé au centre du ventre, des douleurs siégeant surtout dans les reins, l'absence de vomissements.

Le pronostic est très sombre. Dans les cas observés par les auteurs que nous avons cités, la mort a été la terminaison régulière et à bref délai

*** A propos de la communication de M. LEJARS relative à l'action thérapeutique de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse aiguë, M. GUINARD cite un cas absolument désespéré où une simple laparotomie amena la guérison. Quant à expliquer ces phénomènes, on en est encore réduit aux hypothèses.

A la **Société obstétricale et gynécologique**, M. DOLERIS dit avoir observé dans son service une petite épidémie grave d'hémorrhagie vulvaire chez des nouveau-nés. Sur cinq cas, quatre ont été mortels. Ces phénomènes sont exceptionnels. Les hémorrhagies vulvaires ayant été considérées jusqu'ici comme la conséquence de la poussée ovarienne physiologique qui suit la naissance.

Il est probable qu'ici, on doit faire intervenir une autre cause : l'infection qui, seule, permet d'expliquer l'épidémie.

*** Le même auteur revient sur les psychoses systématisées chez la femme à la suite d'opération sur l'appareil génital. Une de ses malades s'imaginait qu'on lui avait enlevé tout l'appareil sexuel, vagin et vulve compris. Il fallut la convaincre en l'invitant à se regarder dans une glace. Une autre s'imaginait être imperforée. Le périnée lui paraissait un plan continu, sans orifice. Toutes ces malades ont guéri au bout d'un temps variable sans récidives. La plupart étaient neurasthéniques avant l'opération.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement de la colique saturnine par les injections sous-cutanées de sérum artificiel (1)

Par le docteur **A. Deléarde**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille,
chef de laboratoire à l'Institut Pasteur

On sait combien est grande parfois la difficulté de provoquer une selle chez les malades atteints de colique saturnine. Les purgatifs les plus énergiques restent sans effets, il faut les répéter plusieurs jours ; pendant ce temps, le malade continue à souffrir de douleurs musculaires souvent très violentes et d'une

(1) Communication à la *Société de biologie*, séance du 2 juillet 1898.

constipation qui entraîne avec elle de l'anorexie et des vomissements.

Il était donc intéressant de trouver un médicament rapide dans son action, constant dans ses résultats et capable de produire à bref délai un flux intestinal et la disparition des douleurs. Le sérum artificiel, d'après nos recherches, semble remplir toutes ces conditions. Avant nous, SAHLI avait essuyé un échec dans un cas de saturnisme chronique, et DESPLATS avait obtenu un succès chez un malade atteint d'encéphalopathie saturnine à qui il pratiqua une saignée suivie d'une injection de sérum.

Dans neuf cas d'intoxication aiguë par le plomb, se manifestant par les symptômes classiques de la colique saturnine, le sérum artificiel a supprimé la douleur, en moyenne cinq ou six heures après l'injection, et amené une diarrhée le lendemain de l'intervention. Cette débâcle intestinale durait deux à trois jours avec trois selles en moyenne par vingt-quatre heures sans l'administration d'aucun autre médicament. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliore très rapidement, l'appétit reparaît, les vomissements cessent en même temps que les douleurs musculaires, et le pouls, de ralenti qu'il était pendant la crise, redevient normal.

Il est important de noter que la quantité d'urine n'est pas augmentée d'une façon sensible comme cela se passe ordinairement après les injections de sérum artificiel, toute l'action du sérum semble se porter du côté de l'intestin, ce qui, dans le cas présent, ne peut être que favorable aux malades.

Nos neuf malades, observés dans le service de clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, étaient des ouvriers cérusiers (8 fois) et un ouvrier plombier. Tous travaillaient au plomb depuis plusieurs mois à deux ans et quelques-uns d'entre eux avaient déjà présenté plusieurs fois les accidents de colique saturnine ; cinq étaient fortement touchés, la constipation et les douleurs musculaires s'accompagnaient de céphalée, de vomissements et de névrite périphérique.

Le seul traitement institué consistait à injecter sous la peau de l'abdomen 500 cent. cubes de sérum artificiel (formule de HAYEM). Cette dose a toujours été suffisante pour amener la guérison dans les délais indiqués plus haut, sauf dans un cas particulièrement grave où elle a dû être portée à un litre, injecté en deux fois à deux jours d'intervalle. Le sérum n'a aucune action sur les paralysies saturnines, il ne supprime que les douleurs musculaires et la constipation ainsi que les symptômes surajoutés qui en découlent, tels que les vomissements et la céphalée. Aucune tentative n'a été suivie d'insuccès et dans tous les cas, le rétablissement complet du malade est survenu plus rapidement qu'avec les anciens modes de traitement.

Note sur deux cas de méningite cérébro-spinale épidémique (1)

Observés à Lille en mai 1898

par le docteur **P. Desoil**, chef de clinique médicale à la Faculté

La méningite cérébro-spinale épidémique, assez fréquente en certains points de la France (Rouen, Orléans, Alger), particulièrement dans les garnisons militaires, est au contraire exceptionnelle dans le département du Nord. Quelques cas cependant ont déjà été observés, à Lille, en 1884, par M. le professeur HALLEZ, dans son service à l'hôpital de la Charité. (Communication orale de M. le docteur CURTIS). En présence de la rareté du fait, il est intéressant de rapporter deux cas nouveaux que nous avons eu occasion d'observer, l'un à l'hôpital, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, l'autre en ville, et qui paraissent appartenir nettement, par leur symptomatologie, à la méningite cérébro-spinale épidémique.

Il s'agit de deux jeunes gens, tous deux bien portants, de 23 et de 25 ans, habitant le même quartier dans deux cours voisines, et qui sont tombés brusquement malades à huit jours d'intervalle l'un de l'autre. La maladie a évolué chez ces deux sujets d'une façon à peu près identique et s'est terminée par la guérison. La notion d'épidémicité semble donc être nette ; et à côté de ces deux cas, il en existe peut-être d'autres qui ont passé inaperçus, ou qui n'ont pas encore été signalés.

Nous allons d'abord donner le détail de ces deux observations, avant d'en discuter le diagnostic.

OBSERVATION I. — Léon O...., 25 ans, ajusteur, entre le 20 mai 1898 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Madeleine, n° 5, dans le service de M. le professeur COMBEMALE.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement à 50 ans. Mère âgée de 56 ans bien portante. Neuf frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Rien à noter qu'une fièvre

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, le 10 juin 1898.

typhoïde à l'âge de 7 ans. Le sujet a fait 3 ans de service militaire. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Histoire de la maladie. — Le 17 mai, dans l'après-midi, étant à son travail, cet ouvrier est pris d'un frisson, puis de vertiges avec tendances syncopales et état nauséeux. On le ramène chez lui et pendant toute la nuit il est fiévreux, souffre de la tête et vomit.

Le lendemain dans la matinée, ces phénomènes s'amendent ; mais dans l'après-midi la céphalée reparaît, puis la fièvre avec agitation et délire.

Le délire dure, sans discontinuer, vingt-quatre heures, pendant lesquelles le malade ne retrouve pas un instant sa connaissance : délire professionnel, doux, nécessitant cependant une surveillance constante, le malade se croyant au travail et cherchant incessamment à se lever et à marcher.

Le 19, le délire tombe ; mais le patient se plaint alors d'une céphalée atroce qui lui arrache des cris continuels et qui s'accompagne de raideur de la nuque et de photophobie. En même temps il a des douleurs lombaires, une courbature généralisée, et il est incapable de remuer dans son lit.

On nous appelle alors : nous constatons des symptômes de méningite avec une température élevée 39°5 ; et pour mieux pouvoir l'observer, nous le faisons transporter à l'hôpital (20 mai).

Le 21, on l'examine en détail (1). — Le malade est dans le decubitus dorsal, cherchant à s'immobiliser le plus possible pour éviter les ébranlements douloureux de la tête.

La face est congestionnée ; les conjonctives injectées, le regard un peu incertain, par suite d'un léger degré de strabisme. Les pupilles sont inégales : la pupille droite est dilatée. Il y a de la photophobie.

La parole est scandée, hésitante, ânonnée même, le malade semble dans la stupeur et répond tardivement et lentement aux questions qu'on lui pose.

La langue n'est pas rôtie ; elle est même humide, mais saburrale et recouverte d'un épais enduit.

Le malade se plaint particulièrement du front et de la nuque. Il existe une contracture très prononcée des muscles postérieurs de la région cervicale, immobilisant la tête en extension. Les mouvements de rotation et de flexion de la tête sont très limités et sont l'occasion de douleurs vives.

A noter aussi un certain état de raideur douloureuse des muscles de la région sacro-lombaire empêchant le malade de s'asseoir dans son lit. Enfin, des secousses involontaires et des contractions fibrillaires spontanées dans les muscles du nez et de la région labiale.

Du côté de la sensibilité, rien à signaler qu'un peu d'hypéresthésie généralisée. Les réflexes sont normaux ; il n'y a pas de troubles des sphincters.

Existence très nette de la raie méningitique pendant toute la durée de la maladie.

Nous n'observons pas de phénomènes thoraciques ; pas de râles dans la poitrine, pas de modifications de la respiration. Rien au cœur.

Pas de phénomènes abdominaux ; pas de gargouillement ni de douleur dans la fosse iliaque ; pas de tuméfaction de la rate. Au lieu de diarrhée, constipation opiniâtre qui ne cède que tous les trois ou quatre jours à des doses quotidiennes de calomel.

Les urines renferment, le jour de l'entrée, de légères traces d'albumine qui disparaît le surlendemain.

Enfin la fièvre est élevée et varie entre 39° et 39°7. Il y a une dissociation constante entre le pouls et la température. Le jour de l'entrée, le pouls est à 60 pulsations par minute avec une température de 39°5. Ce pouls est plein, tendu, ample ; il n'est pas dicrote.

Évolution de la maladie. — 22 et 23 mai. Température élevée : 39°5 et 39°7 le soir. Nausées, céphalée ; délire doux la nuit pendant quelques heures. Urines rares, azoturiques, fortement colorées avec traces d'albumine.

24-28 mai. — Le délire a disparu, mais la céphalée persiste, toujours accompagnée de raideur de la nuque et de photophobie ; elle ne tombe que petit à petit, amendée par des compresses locales de glace pilée. Les nuits sont mauvaises, agitées, et l'insomnie résiste aux divers hypnotiques. L'estomac est toujours fermé et ne tolère qu'un peu de boisson glacée (lait, eau). La fièvre varie entre 38°2 et 39°5 avec une légère rémission matinale. Le pouls est lent et oscille entre 58 et 64 pulsations.

29 mai-2 juin. — Dans le second septenaire, le malade est plutôt dans la dépression ; obnubilé, répondant à peine aux interrogations, mais souffrant moins de la tête et des reins, tournant mieux le cou et commençant à reposer la nuit.

L'estomac est plus complaisant et le malade absorbe une certaine quantité de lait. Le taux des urines se relève ; il y a polyurie et pollakiurie ; les urines sont claires et ne renferment plus d'albumine. Enfin on constate des transpirations abondantes. La température a peu varié ; comprise entre 38° et 39°3, et présentant parfois son maximum thermique dans la matinée. Le pouls est toujours ralenti.

Enfin le 3 juin, c'est-à-dire le quinzième jour de la maladie, il se fait une défervescence brusque de près de 3°. La température tombe de 39°3 la veille, à 36°6 le lendemain, et se maintient les jours suivants aux environs de 37°. Il ne se produit pas de rechute ; il ne faut pas compter comme telle, une montée accidentelle à 38°, le dix-huitième jour, jour de visite.

La défervescence amène la résolution de tous les symptômes morbides. Les contractures douloureuses disparaissent ; la tête est redevenue libre dans tous ses mouvements.

La constipation cède spontanément et les fonctions gastro-intestinales se rétablissent. Le malade demande à manger. Le retour des forces se fait très rapidement : en quelques jours le convalescent est déjà capable de se promener dans la salle, et le 12 juin il quitte le service pour rentrer chez lui.

Observation II. — François H....., 23 ans, ouvrier typographe.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement. Mère morte en couches, tous deux habituellement bien portants. Douze frères et sœurs : une

(1) Observation recueillie par M. Verhaeghe, externe des hôpitaux.

idiote à la suite de convulsions infantiles ; une autre sœur tuberculeuse. Les autres en bonne santé.

Antécédents personnels. — N'a eu aucune maladie avant l'affection actuelle. A fait un an de service militaire. Pas de maladies vénériennes, pas d'alcoolisme. Marié depuis dix-huit mois et père d'un enfant de huit mois, bien portant.

Histoire de la maladie. — Le 25 mai dans la matinée, l'ouvrier se sent mal à l'aise : il a des frissonnements, des douleurs lombaires, de la céphalée ; il est sans forces au travail ; il ne mange pas et a des envies de rendre. Le soir il rentre tôt chez lui, et se met au lit immédiatement sans souper. La nuit est agitée : le sujet est fiévreux et se plaint de la tête.

Le lendemain il y a accalmie, le malade se lève et se promène dans la chambre. Toutefois il est incapable de manger et vomit un œuf qu'il a essayé de prendre. Le soir, le mal de tête reparaît intense ; pendant la nuit la fièvre monte et amène un peu de délire.

Le lendemain, 27 mai, les symptômes se sont encore aggravés ; la céphalée est intolérable et le malade n'est plus capable de quitter le lit ; on appelle le médecin.

Nous le visitons dans la matinée, et voici ce que nous constatons :

Le malade est dans une pièce obscure ; il a fait baisser les rideaux de la chambre ; le demi-jour même le blesse et il a un bandeau sur les yeux. Il s'immobilise dans le decubitus dorsal, évitant religieusement les moindres mouvements qui ébranlent douloureusement sa tête ; autour de lui, on marche avec précaution et on craint de heurter son lit. Il a aussi l'hyperacousie et on ne peut lui parler qu'à voix basse. Enfin il présente une hypéresthésie presque générale surtout accusée aux membres inférieurs ; même le frôlement des poils lui est désagréable. La raie méningitique existe quoique moins forte que dans le cas précédent.

Le malade se plaint de la tête qu'il tient à deux mains, comme si elle devait éclater. Il souffre à la fois du front et de la nuque. Il existe une contracture très marquée des muscles de la région cervicale postérieure, et le malade ne peut ni fléchir ni tourner la tête.

Enfin il témoigne aussi d'une raideur douloureuse de la région lombaire et il est incapable de s'asseoir dans son lit.

Quelques contractions fibrillaires spontanées dans les muscles de la face et ceux de la cuisse.

Pas d'autres troubles de la motilité et de la réflectivité. Pas de troubles des sphincters.

Les yeux sont brillants, injectés, les pupilles légèrement inégales ; il n'y a pas de strabisme.

La langue n'est pas sèche, mais elle est recouverte d'un épais enduit saburral.

Il n'y a rien à noter du côté de la poitrine. Respiration normale sans râles ; rien au cœur.

Pas de phénomènes abdominaux, pas de tuméfaction de la rate, pas de gargouillement ni de douleur dans la fosse iliaque. Il existe de la constipation.

L'estomac est peu tolérant, les nausées sont fréquentes et la température est assez élevée : 39° le matin, 39°8 le soir.

Le pouls bat à 75 pulsations, il n'est pas dicrote.

Les urines sont rares, fortement chargées de piments ; mais elles ne sont pas albumineuses.

L'examen du sang donne des résultats négatifs au point de vue des cultures et de la séroréaction.

Dans cette journée, nous constatons l'existence d'un rash ortié qui dure jusqu'au lendemain : c'est un urticaire en macules érythémateuses de diverses grandeurs, surtout localisées au tronc et à la face interne des cuisses. Ces macules sont remplacées le lendemain par des maculopapules et papules plus disséminées et par un groupe de vésicules d'herpès aux lèvres et au nez. Les papules et l'herpes persistent pendant plusieurs jours.

Evolution de la maladie. — 28-31 mai. Dans les trois ou quatre jours qui suivent, le malade est dans un état subdélirant presque continuel ; tantôt il chantonne ou marmotte des paroles inintelligibles ; tantôt il est plus agité et veut se lever. Dans les périodes de rémission, il souffre de la tête et pousse des cris de douleur. La photophobie est toujours excessive. Il y a des vomissements bilieux se répétant une ou deux fois par jour. La température oscille entre 39°2 et 40°, le pouls entre 70 et 90 pulsations.

1er-6 juin. — Le malade est moins agité ; il est plutôt dans la stupeur ; les douleurs de tête perdent leur acuité ; la photophobie et l'hypéracousie sont moins prononcées. Cependant toutes les nuits il retombe dans le délire, délire doux avec carphologie. Nous constatons dans cette période, l'apparition de sueurs profuses très abondantes qui dépriment le malade. Cette transpiration l'amène à boire davantage ; l'estomac est d'ailleurs plus tolérant et les vomissements se font plus rares. Le 4 juin, à la suite de doses répétées de calomel, le malade a une selle solide : La constipation durait depuis huit jours. La fièvre varie entre 38°9 et 39°8 ; la rémission matinale est plus accusée.

Les 7 et 8 juin sont deux bonnes journées marquées par une défervescence notable (37°5-38°) avec sédation des phénomènes douloureux.

Dans la soirée du 8, sans cause appréciable, alors qu'on croyait à la convalescence, le malade est repris d'un frisson violent, puis de céphalalgie et de douleurs rachidiennes vives. La fièvre monte à 40°2 et pendant toute la nuit le malade délire, délire assez violent et qu'on peut à peine maîtriser.

Les jours suivants le malade est plus calme, mais la céphalée, la photophobie, l'hypéresthésie cutanée et les douleurs lombaires sont encore très accusées. Température 38°5-39°5. Pouls 70-90 pulsations.

Puis on note des transpirations profuses ; des urines plus abondantes et plus claires, et plusieurs selles obtenues avec l'aide de pilules purgatives.

Enfin à partir du 12 juin on constate la résolution progressive de tous les symptômes morbides coïncidant avec la défervescence. Nous sommes au dix-septième jour de la maladie.

Cette défervescence se fait en deux ou trois jours et cette fois se maintient. La céphalalgie, la contracture

nuchale disparaissent complètement. Les nuits sont bonnes et le sommeil reparaît. Les fonctions gastro-intestinales se rétablissent ; le malade tolère très bien le lait, le bouillon et les œufs battus ; enfin la constipation cède spontanément. Toutefois le retour des forces se fait plus lentement que dans le précédent cas. Le convalescent doit encore garder le lit pendant huit ou dix jours avant d'être capable de se tenir sur ses jambes. Quand nous cessons de le voir (20 juin), il est considérablement anémié et amaigri ; il a des douleurs musculaires, des vertiges et il est essoufflé au moindre effort. Cependant nous l'avons retrouvé dix jours après (30 juin) en bonne voie de guérison, reprenant des forces et retrouvant déjà sa vigueur musculaire. Le rétablissement complet n'est évidemment plus qu'une question de temps.

Si maintenant nous cherchons à résumer ces deux observations, nous voyons que par leur symptomatologie elles sont presque superposables, et que dans les deux cas nous avons le tableau classique de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Début brusque (surtout dans le premier cas) avec frissons ; bientôt suivi de courbature lombaire, de fièvre, de vomissements et surtout d'une terrible céphalalgie. Puis apparition de phénomènes nettement méningitiques : contracture douloureuse de la nuque, troubles oculaires et auditifs, hyperesthésie cutanée, raie méningitique, constipation opiniâtre, vomissements, délire prolongé avec excitation neuro-musculaire, dissociation du pouls et de la température (dans la première observation), éruption maculeuse et papuleuse (dans la seconde). Enfin fièvre élevée 39°-40°.

Aux symptômes d'excitation des premiers jours succèdent des symptômes de dépression. Le maximum thermique s'abaisse de quelques dixièmes ; la rémission matinale est plus prononcée. Le délire fait place à un état de torpeur ; la céphalée a perdu son acuité, l'estomac est devenu tolérant et l'on constate l'apparition de quelques phénomènes critiques : transpirations profuses, urines abondantes, selles. La défervescence se fait brusquement dans les deux cas, mais elle est suivie d'une rechute dans le second cas, rechute d'ailleurs peu sérieuse, qui ne dure que quelques jours et se termine par une défervescence plus lente, mais cette fois définitive.

Bien que le diagnostic posé, de méningite cérébro-spinale épidémique, offre une grande garantie, en raison de cette symptomatologie si précise et si complète, il lui manque cependant le contrôle de l'examen bactériologique qui n'a malheureusement pu être fait. Les travaux de NETTER ont en effet montré que la seule condition de certitude de la méningite épidémique, réside dans ce fait de la présence du pneumocoque dans le liquide rachidien retiré par la ponction lombaire. Nos malades n'ont pas voulu se prêter à cette expérience, et à défaut d'un diagnostic bactériologique, force est de nous contenter d'un diagnostic différentiel clinique.

Nous pouvons élimininer l'hystérie. Nos sujets n'en ont aucun stigmate, ils n'ont pas eu de grande attaque hystérique. Leur champ visuel examiné après guérison est normal. D'ailleurs le cycle même de la maladie, la présence d'une fièvre élevée prêtent peu à l'idée de phénomènes de méningisme hystérique.

On ne peut penser davantage à la méningite tuberculeuse. La méningite tuberculeuse est fatalement mortelle tandis que nos deux cas se sont terminés par la guérison.

Restent les maladies typhoïdes : la fièvre typhoïde, le typhus, la granulie, la grippe.

Entr'autres symptômes différentiels, la fièvre typhoïde a un début plus lent et une défervescence en lysis, elle s'accompagne de diarrhée avec gargouillement, douleur dans la fosse iliaque, et tuméfaction de la rate ; de bronchite avec râles sibilants disséminés. Le pouls est rapide et souvent dicrote ; la langue est sèche, rôtie. La séroréaction est positive.

Le typhus est rarement sporadique, l'existence d'une épidémie appelle l'attention. Il est caractérisé par une éruption pétéchiale toute particulière. La fièvre est plus élevée, les troubles nerveux ataxoadynamiques plus accusés, la langue est rôtie et fuligineuse.

La granulie à forme typhoïde comporte souvent des symptômes pulmonaires qui éveillent l'attention du clinicien : dyspnée, obscurité respiratoire ou râles. Enfin l'évolution maligne de la maladie est suffisamment démonstrative.

C'est encore avec la grippe que le diagnostic pourrait être le plus hésitant. Il existe en effet des méningites grippales où le microbe de PFEIFFER est associé au pneumocoque : — mais ces méningites sont rarement primitives, généralement il y a des localisations dans d'autres organes ; ou bien ces méningites suppurent et donnent lieu aux symptômes rapidement graves des suppurations intra-crâniennes.

Reste enfin la grippe à forme typhoïde sans localisation méningée proprement dite, mais qui donne lieu cependant à des troubles nerveux semblables ;

céphalée, photophobie, hypéresthésie, contractures.

Dans ce cas, on constate généralement au début de la maladie les symptômes d'invasion de la grippe : catarrhe oculo-nasal, trachéo-bronchite, courbature musculaire généralisée.

En outre, les phénomènes nerveux n'ont pas la même précision symptomatique ; ils relèvent plutôt de troubles ataxo-adynamiques semblables à ceux de la fièvre typhoïde et du typhus, et on n'y trouve pas au complet le trépied caractéristique de la méningite aiguë qui a été si bien observé dans nos deux cas.

Toutefois, nous ne contestons pas que le diagnostic dans certains cas frustes, peut devenir difficile, et c'est alors que la ponction lombaire a surtout son utilité, en permettant de trancher sans réserve le problème, par la présence ou l'absence du pneumocoque dans le liquide rachidien.

Dans nos deux observations, cette épreuve bactériologique eût été d'une moindre utilité, puisque le tableau symptomatique est très riche et présente au complet la forme classique de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Statistique des aliénés du sexe masculin du département du Nord

par le docteur P. Kéraval, médecin en chef de l'asile d'Armentières

Comme pour les autres années (1) nous nous sommes exclusivement borné à l'examen des aliénés appartenant au département du Nord pour l'*année 1897*.

Voici le tableau que nous avons dressé :

Entrées	256
Sorties	92
Décès	156

	Diagnostic des entrées	Diagnostic des sorties
Folie simple	67	27
Folie alcoolique	35	37
Folie paralytique	72	4
Démence sénile et organique	22	6
Imbécillité et idiotie	40	16
Folie épileptique	20	2
Totaux	256	92

	Décès
Par maladies des centres nerveux	94
Par maladies thoraciques abdominales et autres	62
Total des décès	156

Ce tableau nous montre un chiffre encore élevé d'*entrées*. Il est à deux unités près celui de 1895 (258). Il est *sorti* plus de malades qu'en 1895 (84) et qu'en 1896 (85) soit 92. Il en est aussi *mort* plus qu'en 1895 et qu'en 1896.

Mais la mortalité de 1897 (156) s'explique par le grand nombre de folies organiques que nous avons reçues en 1896 (95) et en 1897 (94), et par la faible mortalité, tout exceptionnelle, que nous avions relevée en 1896. En effet nous avons déjà fait ressortir (*Echo médical du Nord* 1897, nº 27) qu'en 1896 il n'était mort que 115 malades, tandis qu'en 1895 il en était mort 143. Evidemment nous ne pouvions prolonger au-delà de certaines limites, des malheureux atteints de folie paralytique et de démence sénile et organique auxquels nous avions conservé la vie jusque-là. D'autre part, si l'on veut bien se reporter aux *causes de la mort*, on verra qu'en 1895 les maladies des centres nerveux, suites inéluctables, pour la plupart, de la folie organique constatée à l'entrée, emportaient 95 malades, qu'en 1896 elles ne tuaient, exceptionnellement, que 65 aliénés, et qu'en 1897 elles frappent mortellement autant de victimes qu'en 1895 (à une près). Il convient d'ajouter que bien des affections thoraciques et abdominales mortelles sont également imputables aux folies organiques, par suite de la déchéance générale qui est le lot de celles-ci. Cette déchéance est le plus ordinairement déjà fort accentuée au moment où on nous amène les malades.

Il est inutile d'insister sur la nécessité de la *suppression de l'alcool*, car il continue à entrer beaucoup d'alcooliques ; sans doute il en est, à peu de chose près, sorti autant qu'il en est entré, mais qui ne sait que, du jour où un homme est assez atteint par l'alcool pour qu'il faille le placer dans un asile d'aliénés, son cerveau ne vaut pas cher, il est bien rare qu'il n'y revienne pas, et, qu'à bref délai il ne verse soit dans la paralysie générale, soit dans la démence organique ou la sénilité précoce dont l'issue fatale est la règle.

Les aliénés atteints de folie simple paraissent avoir fait en 1897, un séjour plus long à l'établissement que d'ordinaire ; il en est en effet entré 67 et il n'en est sorti que 27. Peut-être est-ce parce qu'elle était plus lente à guérir, peut-être aussi parce que l'apparence était trompeuse, et que bientôt tel individu, qui semblait à l'entrée atteint de folie simple, devait être tenu pour un fou paralytique ou organique succombant rapidement, ce qu'expliquerait encore l'élévation du chiffre de la mortalité.

(1) Voyez *Echo médical du Nord* 1897, nºˢ 25 et 27.

Quoiqu'il en soit le mouvement de la population de l'asile qui se chiffrait en 1895 par un excédent de 31, de 64 en 1896, se chiffre pour 1897 par un excédent de huit malades.

Un cas d'hydronéphrose calculeuse (1) chez un nourrisson

par le Dr **E. Ausset**, professeur agrégé,

chargé de la clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine,

et **Chatelain**, interne des hôpitaux

Clément G...., 11 mois, entre dans le service de la Clinique infantile, le 14 juin 1898, pour *bronchopneumonie*.

Nourri au biberon, sans aucune espèce de règle ni de précaution, ayant mangé des soupes de très bonne heure, cet enfant a une gastro-entérite chronique, ainsi qu'en témoignent des diarrhées fréquentes et son gros ventre.

Outre sa broncho-pneumonie, il n'est noté rien d'anormal du côté de ses autres organes ; la sécrétion urinaire ne donne lieu à aucune observation particulière.

Décès le 16 juin, surlendemain de son entrée dans le service. Autopsie le 18 au matin :

Lésions banales de broncho-pneumonie double, particulièrement accentuées du côté gauche.

Au moment d'enlever les reins, on constate avec grande surprise que ces organes sont très volumineux, très mous, et que les uretères ont des dimensions extraordinaires ; ils sont ultra-dilatés, irréguliers, bosselés, ils ont absolument le même calibre que l'intestin grêle de l'enfant, à un tel point qu'à première vue, et avant de nous être orientés, nous nous demandions si nous n'avions pas affaire à des anses intestinales ; mais suivant le trajet de ces *fausses anses* nous dûmes bientôt nous rendre compte qu'elles débouchaient dans les reins et n'étaient autres que les uretères. Nous noterons que la dilatation des uretères, plus accentuée en certains points qu'en d'autres, porte cependant sur la totalité des canaux.

La vessie est normale, presque vide, l'urèthre est perméable à la sonde ; phimosis assez accentué.

Les reins, les uretères et la vessie ont été enlevés ensemble, conservant ainsi autant que possible les rapports réciproques qu'ils avaient pendant la vie de l'enfant.

Incisés sur leurs bords internes les deux reins laissent voir les bassinets et les calices énormément dilatés ; les substances médullaire et corticale sont simplement refoulées, mais non atrophiées ; la décortication du rein s'opère très facilement, la capsule n'a contracté aucune adhérence avec la substance rénale. Enfin, à la section du rein, il s'écoule une très grande quantité d'*urine limpide* dans laquelle nous avons retrouvé, en grande abondance, des sédiments uratiques rouge-bruns, sous forme de sable fin.

(1) Les pièces anatomiques ont été mises sous les yeux de la Société de Médecine du Nord, Séance du 24 juin 1898.

Un stylet introduit par le bassinet dans l'uretère montre que des deux côtés ces canaux sont absolument perméables ; cependant, au niveau du point d'abouchement des uretères dans la vessie existe une accumulation considérable de sable urique ; nous devons ajouter, toutefois, qu'une injection poussée par l'uretère à travers cet orifice montre que ce dernier est perméable.

En résumé, nous sommes donc en présence d'une hydronéphrose calculeuse double, avec dilatation excessive des uretères, méconnue pendant la vie et n'ayant donné lieu à aucun symptôme qui pût mettre sur la voie du diagnostic de cette anomalie.

Comment expliquer ces lésions si intéressantes, comment expliquer surtout leur production alors que les canaux urinifères semblent perméables et laissaient, pendant la vie, écouler l'urine ? S'agit-il enfin d'une affection congénitale, ou d'une malformation liée à l'existence de la lithiase rénale, très nette chez notre petit malade ?

L'hydronéphrose observée chez le nourrisson peut être congénitale ou acquise.

Congénitale, elle résulte d'une malformation de l'appareil urinaire coïncidant fréquemment, d'ailleurs, avec d'autres malformations telles que bec-de-lièvre, pied-bot, imperforation anale, etc.

Brinon, dans sa thèse (Paris 1896, des hydronéphroses congénitales et des dilatations congénitales de l'uretère) et Vrau (des dilatations congénitales des conduits excréteurs du rein. *Gaz. des hôpit.* 1897, nos 36 et 39) ont signalé les principales de ces malformations, à savoir : imperforations, sténoses, valvules de l'uretère, rétrécissement de ce canal à son orifice vésical, compressions et abouchements anormaux de ce même uretère. Les vices de conformation de l'urèthre : absence, imperforation, sténose, agissent dans le même sens. Il en est de même pour un phimosis très serré.

Evidemment nous ne pouvons songer à une hydronéphrose congénitale chez notre enfant. Si l'on s'en souvient, nous avons bien constaté qu'il n'existait ni valvules, ni rétrécissement, ni compression, ni abouchement anormal du côté des uretères, et que ces canaux étaient parfaitement perméables ; l'urèthre aussi était normal, et nous n'avons noté qu'un phimosis, pas toutefois assez accentué pour mettre obstacle au cours de l'urine.

D'ailleurs l'hydronéphrose double congénitale est souvent un obstacle à l'accouchement et presque toujours incompatible avec la vie.

Il s'agit donc, dans notre cas, d'une hydronéphrose acquise.

L'hydronéphrose acquise du nourrisson peut avoir pour origine une *compression extérieure* (tumeur de l'abdomen ou du petit bassin); elle peut accompagner le *sarcome du rein*, assez fréquent chez l'enfant, comme dans un cas mortel rapporté par Baginski. Le *rein flottant* ne parait jouer aucun rôle dans la pathogénie de l'hydronéphrose. Chez le nourrisson, contrairement à ce qui se passe souvent chez l'adulte atteint d'ectopie rénale, où la torsion et la coudure de l'uretère engendrent l'hydronéphrose intermittente. Enfin, dans d'autres cas, elle reconnaît pour cause la présence de *corps étrangers* dans les voies urinaires, tels que *petites concrétions uratiques*, *sable* charrié par l'urine.

Chez notre enfant il ne peut s'agir de compression par une tumeur de l'abdomen, de sarcome du rein, voire même de rein flottant; il faut donc conclure que nous avons affaire à une *hydronéphrose calculeuse*, les nombreux graviers que nous avons retrouvés viennent étayer notre diagnostic.

D'ailleurs ces hydronéphroses consécutives à la lithiase rénale se rencontrent chez le jeune enfant plus souvent qu'on ne pourrait le croire. Remarquons en passant qu'il n'en est pas de même chez l'adulte où l'oblitération calculeuse même d'un seul uretère donne très rarement lieu à de l'hydronéphose, mais plutôt à de l'anurie due à un réflexe inhibitoire supprimant la fonction urinaire dans son ensemble.

La lithiase rénale est très fréquente chez les jeunes enfants (De Camp. La lithiase rénale dans la première enfance. Th. Paris 1897), surtout chez ceux qui présentent des troubles profonds de la nutrition générale, chez ceux atteints de gastro-entérite chronique et chez les athrepsiques. Leurs urines véhiculent alors de petites concrétions uriques rougeâtres ou jaunâtres, du gravier et du sable, même de la véritable poussière qui, s'accumulant aux endroits normalement ou anormalement rétrécis, peuvent obturer la lumière des canaux et opposer une barrière plus ou moins complète au libre cours de l'urine.

Nous ne sommes pas étonnés de n'avoir pas diagnostiqué cette hydronéphrose pendant la vie de l'enfant, car, le plus généralement, l'hydronéphrose calculeuse du nourrisson, une fois constituée, ne donne pas lieu à des symptômes bien accusés; sa marche est lente, torpide, chronique, et passe souvent inaperçue au milieu des signes d'une maladie concomitante. Affection grave, souvent mortelle, surtout si les lésions sont bi-latérales; elle pourrait cependant, quand elle est unilatérale, être compatible avec la vie.

Comby a relaté plusieurs observations analogues à la nôtre, et un de ses élèves, Léon Bernard, vient de publier il y a quelques jours, dans le dernier numéro des *Archives de Médecine infantile*, une étude très documentée sur cette hydronéphrose calculeuse. Il y relate quatre observations prises dans le service de M. Comby, où l'hydronéphrose est restée latente absolument comme chez notre malade et où les lésions ont été des trouvailles d'autopsie.

Ce même auteur, ainsi que Comby, du reste, attribue aussi comme cause fréquente de l'hydronéphrose du nourrisson la lithiase rénale. De plus, Bernard envisage assez longuement les rapports qui peuvent exister entre ce processus lithiasique de la première enfance et les hydronéphroses et les pyonéphroses observées chez l'adulte. Nous ne voulons pas, dans cette courte note, discuter ce point intéressant; nous nous contenterons de reproduire les conclusions de Bernard, qui affirment l'existence de l'hydronéphrose calculeuse dans la première enfance, et émet l'hypothèse que « certains cas d'hydronéphrose ou de pyonéphrose observés chez l'adulte, et dont l'origine est jusqu'ici restée obscure, relèvent peut-être de la lithiase rénale infantile, qui en a provoqué primitivement le développement. »

VARIÉTÉS

Une jolie anecdote médicale

Dernièrement, notre confrère M... est appelé à la hâte par un coup de sonnette nocturne et retentissant :

« C'est pour ma maîtresse, monsieur, lui dit une petite bonne émue... Elle vient de s'empoisonner par amour. Venez vite, monsieur, venez vite. »

Le médecin trouva étendue sur un grand canapé bleu ciel, une jeune dame blonde, empoisonnée en effet, mais très peu, aussi peu que possible. Il la tira d'affaire très facilement.

Un monsieur, le lendemain se présente chez le médecin :

« Vous avez bien voulu hier donner vos soins à Mme Z... Je viens vous remercier et en même temps vous apporter...

Il dépose sur la cheminée une petite papillote de cinq louis. Puis, pendant que le médecin le reconduisait :

— Pauvre femme, lui dit-il, on lui avait dit que j'allais me marier... alors le désespoir... elle me l'a avoué tout à l'heure... Enfin, c'est pour moi, monsieur, qu'elle a voulu mourir...

Le lendemain, chez le médecin, visite d'un second monsieur, et absolument le même discours avec une légère variante :

— Pauvre enfant... c'est à cause de moi... Elle m'a trouvé froid dans ces derniers temps. Elle a cru que je ne l'aimais plus... et alors, perdant la tête... Elle vient de tout me raconter à l'instant... Par bonheur, vous êtes accouru... et vous l'avez sauvée. Croyez, docteur, à ma reconnaissanse, à mon éternelle reconnaissance.

Par là-dessus, nouvelle papillote, plus sérieuse, de 10 louis, celle-là. Craignant de compromettre sa jeune cliente, le médecin n'ose pas dire qu'il a déjà été payé... Il prend la seconde papillote. Cependant c'est un honnête homme... Il a des scrupules et puis il n'est pas fâché de revoir cette jolie personne qui s'empoisonne par amour pour tant de monde... Il arrive...

— Ce cher docteur, mon sauveur... entrez donc.

Il s'assied et commence sa petite histoire. Il explique que des messieurs sont déjà venus... Mais au premier mot, elle l'arrête :

— Deux seulement? lui dit-elle en riant; rentrez vite alors : il va venir un troisième, il sort d'ici pour aller chez vous...

Et comme il descendait l'escalier, elle lui cria d'en haut :

— Vous savez, docteur, ça ne sera peut-être pas le dernier!

Intérêts Professionnels

Sur le secret médical

Chacun sait que l'art. 378 du Code pénal, non moins que la déontologie médicale, impose au médecin le devoir de ne point révéler les secrets qu'on lui a confiés ou dont il a eu connaissance par l'exercice de sa profession. La Cour de cassation a récemment consacré une application de ce principe, dans un arrêt du 13 juillet 1897, statuant sur pourvoi contre un arrêt de la Cour de Douai, en date du 23 janvier 1896 (*Pand. fr.*, 97, I, 526).

Il s'agissait de savoir si une femme, demanderesse en divorce contre son mari, pouvait être admise à produire, pour appuyer cette demande, des lettres à elle adressées par le Dr Cordonnier, qui avait soigné son mari.

La Cour de cassation commence par déclarer que le médecin n'excède pas les limites de son droit quand il fait connaître, par lettres, à l'épouse du mari auquel il donne des soins, les causes et la nature de la maladie (V. sur les limitations que l'âge et la position des malades peuvent apporter, dans certaines circonstances, à l'obligation du secret professionnel : Brouardel, *De la responsabilité médicale*, p. 95). Mais elle ajoute que ces lettres ne peuvent pas être divulguées, même à la suite d'un accord de volonté entre leur auteur et leur destinataire, le secret professionnel imposé par la loi au médecin ne permettant pas à celui-ci de consentir à leur publication. C'est une règle qui ne souffre aucune exception, et qui doit être appliquée même au cas où la demanderesse en divorce voudrait verser aux débats les lettres à elle adressées par le médecin pour faire la preuve de ses griefs, car des confidences, que l'intérêt du malade peut seul justifier, ne sauraient, sous aucun prétexte, être utilisées contre lui. V. l'arrêt de la Cour de Grenoble, du 23 août 1828, cité par Brouardel, *op. cit.*, p. 83.

J. J.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par arrêté ministériel en date du 25 juin 1898, la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de cette date est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— M. le professeur Folet est nommé assesseur du doyen, en remplacement de M. le professeur Barrois, député.

— Nous avons le plus grand plaisir à signaler à nos lecteurs que M. le professeur De Lapersonne a été désigné : 1° pour faire partie de la commission générale de préparation du congrès international de médecine qui se tiendra à Paris en 1900 ; 2° comme membre du comité de préparation (dans la section d'ophtalmologie) du même congrès.

— M. le docteur Gallois est chargé des fonctions de chef de clinique médical à l'hôpital de la Charité, par arrêté rectoral, en date du 15 juin 1898.

— Des conférences préparatoires en vue de l'examen pour l'emploi de médecin ou de pharmacien aide-major de 2me classe ou de médecin auxiliaire auront lieu à l'hôpital militaire de Lille, du mardi 19 juillet au samedi 13 août, les mardi et samedi de chaque semaine ; les officiers de santé, les étudiants en médecine pourvus de 12 inscriptions de doctorat, les docteurs en médecine et les pharmaciens non encore en possession de certificat d'aptitude à l'emploi de médecin de réserve, sont invités à suivre ces conférences, sous la direction de M. le médecin-major de 1re classe Barois.

Le jeudi 25 août, à neuf heures du matin, s'ouvriront les examens, à l'hôpital militaire.

— Les épreuves du concours pour l'Ecole du service de santé militaire de Lyon ont commencé le 1er juillet. La question de physiologie avait pour sujet : *Sécrétion biliaire, canaux excréteurs de la bile.*

SOUTENANCES DE THÈSE

M. E.-D.-J. Debuchy, de Tourcoing (Nord), a soutenu, le vendredi 24 juin, sa thèse de doctorat (5me série, n° 82) intitulée : **De la conservation partielle du talon.**

— M. A. Deligny, de Fruges (Pas-de-Calais), externe des hôpitaux, a soutenu, le mardi 28 juin, sa thèse de doctorat (5me série, n° 83), intitulée : **De l'ascite dans les fibromes de l'ovaire.**

— M. H.-F. Delbecque, d'Haverskerque (Nord), a soutenu, le lundi 27 juin, sa thèse de doctorat (5me série, n° 84) intitulée : **Recherches des résultats consécutifs et éloignés de la résection du coude chez les enfants.**

UNIVERSITÉ DE PARIS

Le concours pour deux places de prosecteur à la Faculté de médecine de Paris s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Fredet et Cunéo ; MM. Ombredanne et Veau ont été nommés prosecteurs provisoires.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le docteur Perriol, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Grenoble, est nommé professeur suppléant de la chaire de clinique chirurgicale et obstétricale.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Fortineau est nommé préparateur de bactériologie.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Rispal, agrégé, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie du laboratoire des cliniques.

Ecole de médecine d'Alger. — Il est créé une chaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées et M. le docteur Gémy est chargé du cours de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

SOCIÉTÉS SAVANTES : ACADÉMIE DE MÉDECINE

A l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements, M. Ribemont-Dessaignes a été nommé par 63 voix sur 69 votants.

HOPITAUX DE PARIS ET DE PROVINCE

Bordeaux. — M. le docteur Lamacq-Dormoy est nommé médecin adjoint des hôpitaux.

— Le concours pour une place de médecin-adjoint à l'hôpital d'Arras, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Plancke, a qui nous adressons toutes nos félicitations.

Distinctions honorifiques

M. le docteur Lamouroux (de Paris) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Berny, de Molitg (Pyrénées-Orientales) ; Juventy, d'Entrains (Nièvre) ; Dugué de Bernouville, de Cherbourg (Manche) ; Hervier, de Rive-de-Gier (Loire) ; Hugot, de Laon (Aisne) ; Tahier, de Ploubalay (Côtes-du-Nord) ; Hermand, de Templeuve (Nord).

MM. les professeurs von Zenker, d'anatomie pathologique et pathologie générale, à Erlangen ; With, de clinique médicale, à Copenhague ; Kretschy, de médecine interne, à Vienne ; Majev, de syphiligraphie, à Saint-Pétersbourg.

OUVRAGES PARVENUS AUX BUREAUX DU JOURNAL :

Operiren oder Nichtoperiren bei Krebserkrankungen und andere zeitgemässe, insbesondere therapeutische Erfragen, par le docteur Severin Robinski, Berlin, 1898, 192 pages.

Le médecin de famille, importance de son rôle, par le docteur Grellety, Mâcon, Protat, 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

25e semaine du 19 Juin au 25 Juin 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	7
3 mois à un an	6	5
1 an à 2 ans	5	8
2 à 5 ans	1	3
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	4	1
20 à 40 ans	4	6
40 à 60 ans	6	3
60 à 80 ans	12	7
80 ans et au-dessus	2	1
Total	47	42

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	4	10	17	25	10	10	4	5	19	1	3	108
TOTAL des DÉCÈS	3	15	9	14	10	11	5	5	11	4	2	89
Autres causes de décès	1	»	3	3	3	7	4	2	3	1	1	28
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Accident	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Phthisie pulmonaire	»	4	»	2	1	»	»	»	1	2	»	10
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	2	5	5	1	»	»	»	2	»	»	15
Maladies organiques du cœur	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	1	4
Bronchite et pneumonie	1	1	»	1	3	2	1	2	2	1	»	14
Apoplexie cérébrale	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	3
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	2
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	1	6	1	»	1	»	»	»	»	»	»	9
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gérant. Th. CLERQUIN

N° 78. Deuxième Année, N° 28. Le Numéro : **10** centimes. 10 Juillet 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Du traitement du lupus tuberculeux par les injections mercurielles intra-musculaires et l'iodure de potassium à l'intérieur, par le professeur agrégé **Charmeil.** — Note sur un cas de rétroflexion de l'utérus gravide, par le docteur **M. Oui.** — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Séance d'été à l'**Académie de médecine**; les communications deviennent rares. A noter seulement un essai thérapeutique de doses élevées de créosote dans la phtisie, par M. SAVINE. D'après cet auteur, la toxicité de la créosote serait faible et l'administration de 15 grammes de ce médicament, loin d'être suivie de troubles digestifs, entraînerait l'amélioration de l'appétit et la diminution des bacilles dans les crachats.

*** MM. HIRTZ et JACQUET ont observé un saturnin hystérique présentant des lésions unguéales importantes dont ils entretiennent la **Société médicale des Hôpitaux.** Les ongles sont épaissis, striés longitudinalement, ont perdu leur transparence; l'épaississement est dû à l'altération des couches profondes qui sont filamenteuses et friables. Aux mains comme aux pieds, il y a infiltration trichophytique, mais peu abondante, et on se demande si cette végétation suffit à expliquer des lésions aussi importantes et s'il ne faut pas supposer qu'elle s'est greffée sur des parties trophiquement altérées.

*** MM. LEGENDRE et LEROY ont reçu dans leur service un homme atteint d'une affection simulant la fièvre typhoïde et qui mourut d'hématémèse sans que le diagnostic fût fixé. A l'autopsie, on trouva des ulcérations criblant la muqueuse intestinale. M. NETTER penche en faveur d'une dothiénentérie; M. CHAUFFARD, au contraire, croit à une mycose intestinale.

*** A la **Société de Biologie,** M. THOMAS prétend qu'il doit exister une analogie très grande dans le mode d'action du vestibule et du cervelet, puisqu'une excitation soit vestibulaire, soit cérébelleuse, suffit pour mettre en jeu l'activité du noyau de DEITERS-BECHTEREW. Ces conclusions sont basées en outre sur les rapports de la branche vestibulaire de la racine labyrinthique et du cervelet, dont les terminaisons s'arborisent autour des cellules de ce noyau. M. BONNIER n'est pas de cet avis; le fait que deux appareils commandent à l'activité d'un même noyau ne peut permettre de conclure à une analogie fonctionnelle dans les attributions de ces appareils.

*** M. HAAN a constaté que, chez un syphilitique, diverses éruptions spécifiques ont été beaucoup plus marquées sur le membre inférieur du côté où avaient disparu les ganglions inguinaux détruits par suppuration. La frotte, chez ce malade, détermina une poussée de syphilides.

*** MM. ALBARRAN et HALLÉ ont repris l'étude anatomo-pathologique de quatre-vingt-six prostates hypertrophiées; ils en déduisent que la lésion primitive est glandulaire et que les altérations du stroma fibro-

musculaire sont secondaires. Souvent, la prostate présente des lésions épithéliales néoplasiques bien nettes avec des caractères évidents de malignité. On n'a donc pas lieu de s'étonner, qu'en clinique, le développement du cancer de la prostate soit souvent précédé d'une longue période d'hypertrophie simple.

⁂ MM. ROGER et GARNIÉR ont mis en œuvre un nouveau procédé pour déterminer l'état fonctionnel du foie, basé sur l'élimination de l'hydrogène sulfuré par le poumon. Le foie arrête de notables quantités de ce gaz; chez des lapins intoxiqués par le phosphore, le foie n'en arrête plus que la moitié. La méthode d'introduction de l'hydrogène sulfuré dans l'organisme consiste à le faire pénétrer par le rectum. Ce procédé, applicable en pathologie expérimentale, pourra être utilisé en clinique.

A la **Société de chirurgie**, M. QUÉNU fait une intéressante communication sur le traitement opératoire des cancers du rectum, et particulièrement sur leur extirpation par la voie abdomino-périnéale L'auteur modifie les conclusions qu'il avait présentées au Congrès de Chirurgie. Il abandonne l'opération de KRASKE, et ne recourt plus qu'à deux méthodes. La voie périnéale pour les cancers dont la limite supérieure ne s'étend pas plus de 10 centimètres de l'anus. La voie abdomino-périnéale. pour les autres.

M. QUÉNU reproche aux procédés de M. GAUDIER et de M. CHALOT de ne réaliser complètement ni l'asepsie pendant et après l'opération, ni l'économie suffisante du sang.

L'auteur recommande de procéder ainsi :

1er Temps. Ouverture médiane du ventre et ligature des deux artères hypogastriques.

2e Temps. Libération de l'anse sigmoïde et création d'un anus iliaque gauche.

3° Amorce de la libération rectale.

4° Extirpation périnéale.

Ce procédé par la ligature préalable donnerait une économie notable de sang. Les suites opératoires seraient très simples..

L'auteur conclut en disant que cette méthode sera peut-être celle de l'avenir, celle qui avec le minimum de risques(?) permettra d'enlever le maximum de lésions.

⁂ Après cette communication, la Société aborde le procès de l'opération de LAROYENNE (incision du cul de-sac postérieur, dans les suppurations pelviennes. M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE reproche à ce procédé d'être aveugle, et pitoyable au point de vue des résultats. Il le condamne sans restriction. M. MICHAUX, sans être satisfait de cette opération, lui trouve deux grandes indications :

1° Chez les femmes jeunes de 18 à 22 ans, on la tente comme opération conservatrice pour l'évacuation des poches, dues la plupart du temps à une infection gonococcique récente.

2° Chez les femmes épuisées, fébricitantes, on la pratique comme opération d'attente, d'urgence.

Les résultats sont rarement satisfaisants et il vaut mieux recourir soit à la laparotomie soit à l'hystérectomie vaginale.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, MM. CHARMEIL et RAVIART présentent un enfant atteint d'hémiathétose pure. A l'âge de huit mois, au neuvième jour d'une vaccination, durant une épidémie de variole, éclatent des convulsions et le lendemain apparaît la variole. Six semaines après on constatait du pied bot varus équin; depuis lors, l'hémiathétose existe et se continue. A la main et au pied, mouvements caractéristiques à l'occasion de mouvements, d'émotion, Il s'agit d'une variété d'hémiplégie spasmodique infantile, telle que MARIE l'a décrite; il est à remarquer que le spasme n'est pas permanent.

Il existe vraisemblablement une lésion matérielle cérébrale, épine cicatricielle, excitant le faisceau pyramidal qui réagit par l'athétose. Que faire pour empêcher les troubles de la marche qui sont parmi les plus marqués chez cet enfant ? Les ténotomies des jambiers, ou mieux une chaussure spéciale sont parmi les moyens dignes d'être tentées.

⁂ M. LAMBRET présente un homme atteint d'actinomycose cervico-faciale ; abcès dentaire, tumeur faciale, fistule cervicale unique, telle est l'évolution de cette maladie. Les grains jaunes d'actinomycose sont très nets et caractéristiques sous le microscope. Il s'agit d'un ouvrier de distillerie, qui ne toucha jamais ni animaux ni paille.

⁂ M. AUSSET présente un enfant de trois ans et demi porteur d'une éruption datant de 15 mois. D'hérédité nerveuse très chargée, cet enfant présente depuis 18 mois cette éruption sous le menton, autour des yeux, sur le tronc, les bras, les cuisses, les jambes, du type de xanthelasma tubéreux, si fréquent chez les diabétiques. Or, cet enfant, depuis une rougeole datant de trois mois, boit énormément et pisse jusqu'à 8 litres par jour, mais le sucre n'a jamais existé dans l'urine; l'enfant maigrit

depuis lors Le diagnostic ne saurait être douteux. Le traitement consistera en capsules d'extrait pancréatique.

*** M. MOUTON présente les pièces anatomopathologiques d'un enfant de 17 ans. mort d'endopéricardite. Cet enfant, entré une première fois pour péricardite et sorti malgré M. COMBEMALE, revint dans le service cinq jours après en état d'hémiplégie droite avec aphasie et fièvre. Deux jours avant la mort de l'hémichorée gauche survint. A l'autopsie, endocardite ulcéreuse aortique, rate grosse, et au cerveau foyer de ramollissement gauche central.

*** Le Dr CHARMEIL rend compte de recherches qu'il poursuit, depuis dix huit mois, concernant la sérothérapie dans le traitement de la syphilis. Ces recherches ont un double intérêt, d'abord l'intérêt thérapeutique qui les justifie, ensuite l'intérêt physiologique : on peut, en effet, considérer presque toujours le syphilitique comme un individu normal au point de vue de son état général et de ses réactions vis-à-vis de tel ou tel agent médicamenteux.

En étudiant par conséquent les réactions organiques du syphilitique vis-à-vis du sérum sanguin d'animaux, on peut se rendre compte des modifications produites par ce sérum, indépendamment d'actions perturbatrices dues à des affections fébriles contre lesquelles la sérothérapie est le plus souvent mise en œuvre.

Le point de départ des recherches du docteur CHARMEIL a été une communication du docteur BÉCLÈRE à la Société médicale des hôpitaux en janvier 1896 : cet auteur avait employé avec succès le sérum de génisses vaccinées dans le traitement de la variole. Ce qu'il y avait de plus intéressant dans sa communication, c'était la quantité de sérum injecté qui n'était pas moindre que le cinquantième du poids du corps des malades soumis au traitement. M. BÉCLÈRE déclarait même que chez les enfants on pouvait aller jusqu'au vingtième du poids Chez une femme dont il rapportait l'observation il avait été injecté 1500 centimètres cubes sous la peau des flancs, en une heure ; la réaction générale qui s'en était suivie était presque insignifiante.

Le docteur CHARMEIL, fort de cette communication, tenta l'emploi du sérum de génisse chez des syphilitiques : on sait que dans plusieurs infections, la tuberculose notamment, on a tenté d'utiliser le sérum d'animaux réfractaires à l'infection qu'il s'agit de combattre Les animaux, et en particulier les bovidés, étant réfractaires à la syphilis, peut-être leur sérum, employé à haute dose, révélerait-il des propriétés anti syphilitiques. Ce sont, du reste, des recherches déjà tentées de nombreux côtés.

Malgré les données du docteur BÉCLÈRE, les premières injections furent de quantité dix fois moindre, soit 150 c.c. de sérum. Or, on obtint des réactions extrêmement énergiques. En six heures, la température normale de 37° monte à 40° et au-dessus. Dans un cas, on eut une ascension supérieure à 41°5.

En dehors de cette hyperthermie qui dure peu, la température demandant vingt-quatre à trente six heures pour redevenir normale, il n'y eut pas d'accidents, sauf dans deux ou trois cas. Chez un jeune homme de dix-neuf ans, il y eut pendant trois à quatre jours de la mollesse du pouls, des battements du cœur affaiblis, de la dyspnée. Mais tout rentra dans l'ordre rapidement. Chez deux autres malades, quelques phénomènes pulmonaires tels que dyspnée, et râles fins aux bases. Jamais il n'y eut rien du côté des reins : jamais de traces d albuminurie.

Le Dr CHARMEIL diminua les doses. Avec 70 c. c. il obtint encore des élévations à 40°.

Il se demanda si le sérum était susceptible de vacciner les individus contre son action toxique. De ses recherches il résulte indiscutablement que cette action vaccinante s'établit dans certaines conditions après une ou plusieurs injections de sérum.

Pendant toute sa communication le Dr CHARMEIL fait passer de nombreux tracés à l'appui de ses dires.

Il rend compte ensuite qu'il a poursuivi ses recherches avec le sérum de cheval qui s'est montré infiniment moins actif : l'ascension ne dépasse guère dans ce cas 38°5 à 39°. Il a observé les mêmes effets de vaccination que pour le sérum des bovidés.

Il s'est servi aussi de sérum antidiphtéritique : aucune différence entre son action et celui du sérum de cheval normal.

Au point de vue thérapeutique, tous les malades, sans traitement mercuriel, ont vu rapidement disparaître la plupart de leurs accidents Y a-t-il là quelque chose de spécifique ? Le docteur CHARMEIL ne le suppose pas. Il croit que l'action curative est due à la fièvre provoquée : on a là ce qu'on observe après un érysipèle, une angine, etc ,etc ,à la suite desquels on voit souvent disparaître des manifestations syphilitiques.

Il rapporte à ce sujet l'observation d'un homme affecté de deux énormes indurations chancreuses syphilitiques résistant au traitement spécifique intensif pendant un mois, et disparaissant en quelques jours à la suite d'une angine aiguë très fébrile.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique dermato-syphiligraphique de l'hôpital Saint-Sauveur

Du traitement du lupus tuberculeux par les injections mercurielles intra-musculaires et l'iodure de potassium à l'intérieur

par le professeur agrégé **Charmeil**

S'il était une notion profondément ancrée dans l'esprit des dermatologistes, jusqu'à l'année dernière, c'était celle de l'incurabilité du lupus tuberculeux à l'aide du traitement interne. Qu'il nous suffise de citer à ce propos ce qu'écrivait, quelques mois avant sa mort, le professeur LELOIR : « Il n'existe jusqu'à » présent aucune substance qui, introduite dans » l'économie par une voie quelconque, suffise à elle » seule pour faire disparaître, résorber et cicatriser » complètement l'infiltrat scrofulo-tuberculeux, à la » manière dont agissent le mercure et l'iodure de » potassium à l'égard des syphilomes. Le fait est » absolu et c'est d'ailleurs l'opinion de la presque » totalité des praticiens du monde entier (1). »

Mais si le lupus était au-dessus des ressources de la médication interne, on reconnaissait, d'autre part, la grande difficulté de son diagnostic différentiel d'avec certaines syphilides disparaissant merveilleusement par le traitement spécifique, difficulté telle que la clinique était souvent impuissante à prononcer seule en dernier ressort et que c'était l'épreuve thérapeutique qui était appelée, à vrai dire, à faire le diagnostic. Une citation du professeur FOURNIER est tout à fait typique à cet égard : « Depuis longtemps déjà, j'ai pour habi» tude de traiter les malades atteints de lupus, lorsque » j'ai le moindre doute, et même sans cela, par le » mercure et l'iodure. Si je procède ainsi, c'est que » j'ai vu des cas de guérison merveilleux et que j'ai » pu constater, à maintes reprises, que certains » malades considérés comme atteints de lupus étaient » des syphilitiques, et des syphilitiques guérissant » par le traitement » (2). On voit nettement par cette citation quelle était la manière d'envisager la question. Tout lupus qui guérit par le mercure et l'iodure n'est pas un vrai lupus, c'est une manifestation syphilitique qui revêtait le masque du lupus de manière à tromper les plus habiles.

(1) Article : « Traitement du lupus » in *Traité de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction d'Albert Robin. Paris, Rueff et Cᵉ, 1897.

(2) *Annales de Dermatologie*, juin 1896.

M. FOURNIER faisait les déclarations que nous avons rapportées à propos d'une malade qu'il présentait à la Société de dermatologie : cette femme, âgée de 35 ans, avait vu apparaître, 22 ans auparavant, une lésion qui avait envahi les ailes du nez. Elle avait été vue et traitée par deux maîtres éminents de St-Louis, MM. HILLAIRET et BESNIER qui, tous deux, firent le diagnostic de lupus et obtinrent une guérison passagère, d'abord par des scarifications, puis, après récidive, par des pointes de feu. Or, cette malade, revue par M. FOURNIER en 1896 et traitée par des injections intra-musculaires de calomel, pour une troisième récidive, a vu, en quelques semaines, sa lésion cicatrisée avec une rapidité qui fait dire à M. FOURNIER « je ne m'attendais pas à une amélioration aussi rapide, aussi étonnante ». Et le même auteur se demande : « S'il ne s'agit pas de syphilis, mais de lupus, pourquoi cette amélioration si rapide et si complète par le calomel ? — Et s'il s'agit d'un lupus ne doit-on pas supposer logiquement que le calomel a une action curative sur le lupus ? »

Nous avons tenu à rapporter in-extenso cette observation parce que c'est la première fois qu'à vrai dire se pose cette question : le traitement mercuriel a-t-il une action curative sur le lupus? Cette communication eut un légitime retentissement, et on se mit aussi bien en France qu'à l'étranger à étudier d'une manière systématique le traitement anti-syphilitique dans la cure du lupus.

Au mois de mars 1898 nous avions l'occasion d'appliquer cette thérapeutique, avec M. le professeur FOLET, et nous obtenions un résultat complet.

OBSERVATION. — Nous sommes appelé à examiner, avec M. le professeur FOLET, dans les derniers jours du mois de février 1897, une femme de trente ans, atteinte depuis deux ans et demi d'une affection lupiforme du dos du nez et des deux joues.

Cette femme jouit d'une santé générale parfaite. Ses parents sont encore aujourd'hui vivants et bien portants. Elle a quatre sœurs toutes en bonne santé. Elle n'a pas perdu de frères ou de sœurs en bas âge, sa mère n'a jamais fait de fausse couche.

Elle-même s'est toujours bien portée, elle est grande et robuste ; absolument rien dans son facies et son habitus général qui puisse la faire soupçonner d'être atteinte de syphilis héréditaire.

Elle est mariée depuis huit ans. Le mari, que nous avons vu, est un homme robuste, n'accusant dans son passé aucune affection vénérienne.

Notre malade n'a jamais fait de fausse couche. Elle a eu, trois ans et demi après son mariage, un enfant pesant à la naissance près de dix livres. Cet enfant a marché à dix mois, il a fait ses premières dents à sept mois. Il s'est toujours très bien porté et est très robuste encore aujourd'hui.

L'affection qui engage cette malade à nous consulter a débuté il y a deux ans et demi sur le dos du nez, par un petit bouton indolore qui, peu à peu et d'une manière très lente, s'est étendu sur les parties voisines. Un an et demi après le début, le mal avait envahi le dos du nez, une petite partie de la joue gauche et de la lèvre supérieure. A ce moment, elle vit un médecin qui cautérisa et gratta vigoureusement la lésion, sous anesthésie chloroformique. Six semaines après, le mal réapparaissait et était soumis au même traitement. Au bout de quelque temps, il récidive encore.

Au moment où nous voyons la malade, la lésion est constituée par un lupus érythématoïde en papillon typique, couvrant le dos du nez, la partie médiane de la lèvre supérieure, la joue gauche et une petite partie de la joue droite. Les bords de la lésion sont nets, de ci, de là petits tubercules de la grosseur d'une grosse tête d'épingle, offrant l'apparence sucre d'orge caractéristique.

Tant à cause de l'aspect de la lésion que des anamnestiques, nous formulons sans arrière pensée le diagnostic de lupus tuberculeux. Et nous ne dissimulons pas à la malade qu'il en faudra vraisemblablement venir au raclage et à la galvano-caustique.

Cependant, nous remémorant l'observation du Dr Fournier, nous proposons à la malade de débuter par un traitement ainsi formulé : Frictions mercurielles à la dose de 4 grammes par jour. 4 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur.

La malade, n'habitant pas Lille, ne pouvait venir se faire faire des injections intra-musculaires, c'est pourquoi nous nous contentâmes dans l'espèce de frictions mercurielles.

Le succès dépassa nos espérances : très rapidement, une dizaine de jours après le début du traitement, la malade voyait rétrocéder ses lésions et, un mois après, elle était absolument guérie.

Nous la revîmes vers le mois de juillet : le processus pathologique était absolument éteint, on ne constatait plus que l'existence d'une cicatrice lisse, creusée par quelques points cicatriciels plus profonds, trace des cautérisations et des raclages qu'elle avait antérieurement subis.

Nous avons fait prendre de ses nouvelles il y a quelques jours (juin 1898), et il nous fut répondu que la guérison s'était absolument maintenue.

Nous avons tenu à rapporter dans tous les détails cette observation, parce qu'elle témoigne bien de ce qu'on est en droit d'espérer dans les cas heureux. Malheureusement, il est loin d'en être toujours de même. Depuis cette époque (mars 1896), nous avons traité systématiquement tous les lupus un peu étendus qui se sont présentés à notre clinique, par les injections intra-musculaires soit de calomel, soit d'huile grise, associées à l'absorption interne de l'iodure de potassium à la dose de trois à quatre grammes par vingt-quatre heures. Nous faisions cette adjonction en nous souvenant des bons résultats jadis publiés par Duhring concernant le traitement de lupus par l'iodure de potassium à l'intérieur, bons résultats qui ne semblaient du reste pas avoir été retrouvés par d'autres observateurs.

Mais reprenons l'histoire des communications concernant le traitement du lupus par les injections hydrargyriques. Nous rendrons compte ensuite des résultats de notre pratique, en les rapprochant de ceux obtenus par les autres observateurs.

Le 20 mai 1897 (1), M. Fournier rapportait le cas d'un homme, âgé de 52 ans, entré dans son service pour une tuberculose cutanée typique, ulcérée en certains points, granuleuse en d'autres, dont le début remontait à l'âge de quatre ans, c'est-à-dire qui évoluait depuis quarante-huit ans ! Aucun antécédent de syphilis acquise, pas de stigmates de syphilis héréditaire. On pratique trois injections de calomel à la suite desquelles « toutes les ulcérations furent cicatrisées et les granulations affaissées ; toutefois la guérison n'est pas tout à fait complète ; il reste encore un peu d'épaississement des tissus. »

En même temps, M. Fournier donnait des nouvelles de la malade présentée l'année précédente ; il était survenu une récidive du lupus de la face qui, de nouveau, fut guérie par des injections de calomel ; mais la guérison ne s'affirma complète que plusieurs mois plus tard, à la suite d'un érysipèle.

Cette fois, M. Fournier est plus affirmatif sur les conclusions que l'on peut tirer de pareils cas : « Le mercure n'aurait-il pas une action sur certaines formes de tuberculose ; c'est là une hypothèse qui semble s'imposer dans un certain nombre de cas. »

Cette nouvelle communication de M. Fournier fut suivie à la Société de dermatologie d'une discussion sur laquelle nous aurons à revenir quand nous discuterons l'interprétation des résultats obtenus.

Viennent ensuite, par ordre chronologique, quatre observations du docteur Mario Truffi (2), toutes les quatre très favorables, relatant soit une amélioration

(1) *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, 1897.

(2) *Gazetta medica lombarda*, avril 1897.

équivalant presque à la guérison (trois cas), soit une guérison complète (un cas).

Une communication que nous fîmes au mois de mai 1897, dans laquelle, outre l'observation rapportée plus haut, nous présentions un autre cas où l'amélioration avait été considérable, cas intéressant car nous avions eu affaire à un de ces lupus envahissants que rien n'arrête et qui était sujet à des poussées incessantes, malgré la rigueur du traitement local (1).

Une observation, de Gastou et Dominici (2), d'ulcération phagédénique avec éléphantiasis du pied, chez une tuberculeuse dans laquelle une biopsie permit d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion, dans laquelle on voit une seule injection de cinq centigrammes de calomel amener une amélioration énorme.

Quinze observations, dont la première remonte au mois de février 1896, mais n'a été publiée qu'en juillet 1897, dues au Dr Asselbergs, qui conclut « que l'action » du calomel est certaine et ne saurait être mise en » doute. ... Tous ces malades ont subi une modifi- » cation variable depuis la simple réduction jusqu'à » la disparition complète de tous les éléments lupi- » ques (3).

Signalons enfin encore une observation favorable de Danlos (Février 1898. Soc. Dermatologie).

Comme travail d'ensemble nous rencontrons la Thèse de Pavie (Paris, Décembre 1897).

Personnellement, nos observations se montent au chiffre de treize.

Nous n'avons pas l'intention de relater ici toutes ces observations, on les retrouvera ailleurs (4), mais seulement de résumer les résultats obtenus. Nous verrons ainsi à la lumière des faits recueillis de tous les côtés, s'il nous est possible de tirer des conclusions fermes.

Sur treize observations, nous avons noté : une guérison complète, quatre cas dans lesquels la rétrocession a été très accusée et telle qu'elle implique l'indication formelle de la médication ; trois cas d'amélioration encore incontestable, mais moins marquée. Dans les autres cas (cinq cas) il ne nous a pas semblé que les malades aient retiré un bénéfice appréciable du traitement.

En joignant nos observations à celles publiées par d'autres observateurs, il résulte donc incontestablement un jugement favorable. Notons que nous avons personnellement traité tous les cas, alors que, sauf pour le mémoire d'Asselbergs, les observations publiées par les auteurs sont des cas isolés, sans qu'il soit fait mention que d'autres cas aient été observés sans résultat favorable. Autrement dit, ne nous trouvons-nous pas dans notre enquête en face de ce fait si fréquemment observé en thérapeutique médico-chirurgicale que les cas favorables sont presque tous traduits à la lumière du jour tandis que les cas défavorables restent plus volontiers dans les cartons.

Voyons maintenant s'il nous est possible de nous faire une idée de la façon dont agit le traitement mercuriel pour provoquer la cure du lupus.

Tout d'abord, une question se pose. A-t-on eu affaire chez tous les malades traités avec succès à de la tuberculose cutanée et non pas à des syphilides revêtant le masque de lésions tuberculeuses ?

Nous savons combien les erreurs sont faciles dans l'espèce.

Il est indiscutable que pour arriver à résoudre cette question d'une façon inattaquable, nous ne devrions nous en rapporter qu'au criterium anatomo-pathologique ou expérimental. Seule la constatation de lésions microscopiquement tuberculeuses, ou encore des inoculations positives exécutées sur des animaux est susceptible d'entraîner toutes les convictions.

Or, ces recherches n'ont été faites qu'exceptionnellement : notons l'observation de Gastou et de Dominici et un de nos cas dans lequel nous avons inséré sous la peau de la cuisse d'un cobaye un fragment du lupus. Trois mois après, on sacrifia l'animal ; au niveau de l'inoculation on trouva un petit abcès caséeux, et deux ganglions mésentériques tuberculeux. Mais à côté de ce contrôle, il serait souverainement injuste de dénier à la clinique seule le droit de poser d'une manière ferme le diagnostic du lupus. Et nous croyons bien pour notre part n'avoir compris dans nos cas que des tuberculoses cutanées à forme lupique.

Nous pensons donc que cette objection est plus spécieuse que solide ; elle exige en tous cas que l'on multiple les interventions pour noyer en quelque sorte dans la foule des observations inattaquables les quelques erreurs de diagnostic qui pourraient se produire.

Nous admettrons donc que dans la très grande

(1) Charmeil. *Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord*. Mai 1897.
(2) *Bulletin Société française dermatologie*. Juillet 1897.
(3) *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*. Janvier 1898
(4) Dans la thèse inaugurale que doit soutenir incessamment notre élève M. Kreutzer.

majorité des cas passés en revue, c'est bien contre la tuberculose cutanée que le mercure a témoigné de son activité.

Est-il d'autres manifestations tuberculeuses de la peau que celles à forme lupique, qui aient parfois tiré un bénéfice de l'emploi du mercure? Quelques auteurs l'ont affirmé. Tout d'abord dans les cas de scrofulides, de gommes tuberculeuses ulcérées, on a noté quelques succès. Citons des résultats favorables dus à ASSELBERGS et à DANLOS.

Dans des cas de manifestations tuberculeuses du côté de l'œil, GALEZOWSKI (1) aurait observé des guérisons par l'emploi du mercure et de l'iodure.

Dans la tuberculose pulmonaire elle-même, le mercure jadis essayé compterait à son actif quelques résultats (MIQUEL).

Dans la tuberculose ostéo-articulaire, ASSELBERGS (loc. cit.), rapporte une observation dans laquelle une tuberculose articulaire du cou-de-pied, prit en quelques heures une telle extension, chez une enfant de treize ans, qu'il fut question d'amputation. L'état général fâcheux du sujet fit rejeter cette intervention. Le docteur ASSELBERGS soumit la petite malade aux injections de calomel et « la tumeur blanche subit » bientôt une régression marquée, les fongosités se » fondirent, la suppuration diminua, et sept mois » après, la malade en étant à la dix-huitième injection, » le pied a repris ses proportions normales; plusieurs » trajets fistuleux se sont cicatrisés en même temps » que l'état général s'est relevé. »

Nous avons tenu à relater les termes mêmes de l'observateur. Il est inutile de dire qu'il faudrait beaucoup d'observations semblables pour admettre la cure des tumeurs blanches à la dernière période. par de simples injections intra-musculaires de calomel !

Le docteur ASSELBERGS aurait encore obtenu en treize injections, une guérison complète d'adénites suppurées, et d'une périostite suppurée du tibia.

Pour ce qui est d'autres infections, citons avec BARTHÉLEMY, des cas de rhumatisme blennorrhagique guéris par le mercure pris à l'intérieur.

Une observation très intéressante de JACQUET, telle qu'il l'a rapportée à la Société de dermatologie (2), concernant une ostéo-myélite aiguë. « Il y a quelques années, je vis se développer chez une femme, plusieurs jours après ses couches et au milieu de symptômes de petite infection puerpérale une ostéo-myélite de l'extrémité inférieure du bras gauche. En peu de temps la lésion s'aggrava de façon telle, que DUJARDIN-BEAUMETZ et moi commencions à envisager l'éventualité d'une amputation.

Toutefois, et bien que cette malade n'eut dans ses parents, sa personne ou ses enfants, le moindre stigmate de syphilis, nous essayâmes le traitement mixte (Sp. de GIBERT et enveloppement du bras au VIGO). L'amélioration fut immédiate, la rétrocession des plus franches et en deux ou trois semaines survint une guérison complète, sauf reliquat d'une hypérostose notable. »

A propos de l'infection puerpérale, notons qu'un certain nombre d'heureux résultats ont été signalés par l'emploi d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

La morve, ainsi que l'a rappelé SABOURAUD, ne compte de cas de guérison que parmi les malades qui ont été soumis au traitement anti-syphilitique.

Que conclure de tout cela, si ce n'est que la conception qui a fait considérer le mercure et l'iodure comme des spécifiques uniquement anti-syphilitiques est une conception trop étroite?

L'histoire des autres médicaments considérés comme spécifiques de telle ou telle infection est encore là pour nous montrer qu'ils donnent de bons résultats dans d'autres maladies. La quinine, spécifique de l'impaludisme, n'était-elle pas, avant l'avènement de l'acide salicylique et des salicylates, le meilleur traitement contre le rhumatisme articulaire aigu? N'est-elle pas encore aujourd'hui le meilleur médicament à opposer à la grippe? De même pour le salicylate de soude qui, spécifique du rhumatisme articulaire aigu, a pu donner de bons résultats dans un certain nombre d'états fébriles..... Inutile, croyons-nous, d'insister sur ces points.

Nous considérons donc comme acquis, les bénéfices qui ont été retirés de l'emploi du mercure dans le traitement du lupus. Il nous reste à élucider deux questions : pourquoi le calomel n'est-il pas efficace dans tous les cas de lupus? Est-il des indications particulières de son emploi tirées des résultats obtenus dans les diverses formes du lupus, ou mieux, peut-on augurer, avant d'en tenter l'épreuve, que le résultat sera favorable dans tel ou tel cas déterminé?

Pour ce qui est de la première question, il nous

(1) *Annales Dermatologie*. 1897.
(2) Comptes-rendus, 20 mai 1897.

est impossible de trouver une explication satisfaisante. Il est vraisemblable qu'il existe des différences de vitalité du germe infectieux introduit dans l'organisme, tel bacille tuberculeux étant plus sensible à l'action des antiseptiques qu'un autre. Il est probablement aussi des conditions tenant à la réaction de l'organisme infecté, celui-ci ne demandant dans un cas déterminé qu'une aide légère puisée dans le médicament pour arriver à se débarrasser du parasite qui l'avait envahi.

Les observations jusqu'à présent publiées ne nous permettent pas un classement qui puisse nous servir d'indication à l'emploi du traitement mercuriel. Et nous serions tenté d'affirmer que ce n'est qu'à l'user qu'on pourra connaître les chances de guérison qu'il offre chez chaque malade consideré en particulier.

Il faut bien dire que les observations des auteurs sont, à peu d'exceptions trop brèves pour permettre ce classement si désirable.

Nous en sommes donc réduit à nous servir, pour donner quelques indications, des résultats qui ont été obtenus sous nos yeux.

Tout d'abord, il est bien évident que lorsque l'on aura affaire à un lupus très limité, susceptible de guérir très rapidement par l'ablation ou la cautérisation profonde, il vaudra mieux avoir recours à une action locale énergique.

Lorsque, au contraire, on se trouve en face d'un lupus « en valant la peine » en quelque sorte, et de par ses tendances envahissantes, et de par les mutilations graves qu'un traitement local énergique entraînerait, nous jugeons qu'il est indiqué de faire l'essai du traitement mercuriel simple ou associé au traitement par l'iodure de potassium.

Sauf notre première observation, c'est dans les cas où le lupus était le plus étendu, le plus lamentablement récidivant que nous avons eu le meilleur résultat relatif. Cela est vrai surtout pour deux de nos observations.

Il est du reste bien entendu que les médications externes et mercurielle interne ne s'excluent en aucune manière ; dans tous nos cas, sauf le premier, nous avons essayé de compléter par la scarification, le râclage, la cautérisation ce que nous avait donné le traitement mercuriel et ioduré.

Bien plus, lorsque dans un lupus étendu, on verra s'avancer par des poussées excentriques, des manifestations tuberculeuses dangereuses par leur localisation telles que celles qui tendent à envahir le grand angle de l'œil ou l'ouverture des fosses nasales, rien n'empêcherait d'intervenir énergiquement par le fer ou le feu sur ces points, en attendant sur les autres le résultat du traitement mercuriel.

Que doit-on préférer : des injections de calomel ou dés injections d'huile grise ? D'après tous les auteurs, les premières seraient plus efficaces, mais ont le gros inconvénient d'être parfois fort douloureuses. Elles ne constituent pas un traitement le plus souvent ambulatoire, comme les injections d'huile grise.

Personnellement, nous avons usé des deux. Et nous préférons les secondes. Ce ne serait du reste que par une comparaison des résultats obtenus avec l'un et l'autre agent de mercurialisation, portant sur de nombreux cas qu'il serait possible de poser, à ce point de vue, des indications formelles. Or ces matériaux d'appréciation font encore défaut aujourd'hui.

Nous avons toujours joint l'action de l'iodure de potassium à celle du mercure. L'iodure à lui seul compte quelques bons cas de réussite dans les tuberculoses externes. Augagneur, en particulier, en rapportait deux observations dans la discussion que nous avons rapportée et qui eut lieu à la Société de Dermatologie. La plupart des autres observateurs se sont contentés du seul traitement mercuriel.

Là encore ce seront des statistiques bien faites et complètes qui permettront une fructueuse comparaison.

En résumé nous considérons l'emploi des injections intra-musculaires de composés mercuriels comme une véritable conquête thérapeutique dans le traitement du lupus, et qui, dans un certain nombre de cas, est susceptible de provoquer une excellente action médicatrice.

Note sur un cas de rétroflexion de l'utérus gravide

Par le Docteur **M. Oui**,

La rétroversion de l'utérus gravide n'est point chose absolument rare. Presque tous les accoucheurs en ont observé des exemples et ils sont tous d'accord pour dire que, dans un grand nombre de cas, la rétroversion est associée à la rétroflexion. La rétroflexion pure, sans retroversion, de l'utérus gravide est beaucoup moins commune. C'est ce qui nous a décidé à publier l'observation suivante qui prête, d'ailleurs, par certains points, à des commentaires intéressants.

Le 21 février 1897, j'étais appelé par un de mes confrères, auprès de Mme X...

Cette dame a déjà eu dix grossesses, dont huit se sont terminées par des accouchements à terme et deux par des avortements. Il est à noter que, dans l'intervalle des deux dernières grossesses, le médecin de Mme X... avait constaté chez elle une rétroflexion de l'utérus, rétroflexion d'ailleurs mobile et facilement réductible, n'occasionnant aucune gène sérieuse et qui n'a nullement troublé la dernière grossesse.

Mme X... se croit, à l'heure actuelle, enceinte de trois mois. Ses dernières règles datent de la fin de novembre. Les débuts de cette grossesse n'ont rien présenté de particulier. Cependant, depuis sept ou huit jours, Mme... a remarqué qu'elle avait de la peine à uriner. Les mictions sont devenues *fréquentes, très peu abondantes et douloureuses*. Enfin, dans la dernière nuit, de nombreuses envies d'uriner se sont produites qui n'ont pu être satisfaites, la malade, malgré ses efforts, n'a pu expulser une goutte d'urine. Dans la matinée, à plusieurs reprises et au prix de vives douleurs, quelques gouttes d'urine ont été émises.

Au moment où je vois la malade (3 heures après-midi) elle est couchée, étendue sur le dos, ne remuant pas et se plaignant de vives douleurs abdominales. Elle n'a pas dormi de la nuit et, depuis la veille au soir, n'a rien pu absorber.

Par le palper, on trouve dans l'abdomen une tumeur fluctuante, ovoïde, réguliere, remontant jusqu'à l'ombilic. La pression exercée sur cette tumeur augmente sensiblement la douleur abdominale.

Par le toucher, on constate que *le col utérin est appliqué derrière le pubis*; *mais il n'a subi aucune déviation, car l'orifice externe est nettement dirigé en bas*. Toute la concavité du sacrum est remplie par une tumeur élastique, molle, donnant absolument la sensation de l'utérus gravide dont le fond est à peine distant d'un travers de doigt du plancher périnéal, d'ailleurs très affaibli. Un sillon très net existe entre le corps et le col de l'utérus.

Nous commençons par pratiquer le cathétérisme vésical, après lavage antiseptique de la région vulvaire. Le cathétérisme est pratiqué avec une sonde de Nélaton préalablement bouillie. Il donne issue à deux litres, environ, d'urine absolument claire et limpide.

Aussitôt l'évacuation de la vessie terminée, la malade accuse un soulagement considérable et un bien-être complet et comparant son état actuel avec ses sensations antérieures, elle déclare qu'elle est « dans le Paradis ».

Malgré cette amélioration produite par le cathétérisme, nous décidons pour éviter de nouveaux accidents, de procéder à la réduction de l'utérus.

Après chloroformisation, la malade est placée dans la position obstétricale. J'introduis la main dans le vagin et plaçant l'extrémité des doigts en rapport avec le fond de l'utérus, je le soulève petit à petit, en inclinant légèrement vers la droite pour éviter le promontoire. J'arrive ainsi, sans difficulté, à opérer la réduction complète.

Pour éviter que la rétroflexion se reproduise, nous plaçons dans le vagin un pessaire de Gariel modérément gonflé et ordonnons le repos au lit.

Les suites de l'intervention furent très simples. Le pessaire fut laissé dans le vagin pendant cinq jours et la malade garda le lit une semaine. Elle accoucha à terme sans que la grossesse fût de nouveau troublée.

Il nous faut signaler, cependant, qu'un léger degré de parésie vésicale rendit le cathétérisme nécessaire dans la soirée qui suivit l'intervention. Mais, dès le lendemain, les mictions s'effectuèrent régulièrement, sans déterminer la moindre douleur.

L'un des points intéressants de cette observation me paraît être, comme je l'ai dit plus haut, l'existence d'une rétroflexion pure non associée à une rétroversion. Le fait est parfaitement démontré : 1° par l'existence d'un sillon assez profond entre le corps et le col de l'utérus ; 2° par la situation même du col dont l'orifice externe regardait nettement en bas au lieu d'être dirigé vers le pubis ou même vers en haut, comme cela se produit dans le cas de rétroversion.

Le diagnostic, étant donné, surtout, les constatations faites par notre confrère en dehors de l'état de gravidité, ne pouvait être douteux. Tout au plus aurait-on pu méconnaître, à un examen superficiel, la rétention d'urine. En effet, la malade urinait, depuis quelques heures, par regorgement, et c'est dans des cas semblables que, assez souvent, la rétention a pu passer inaperçue.

L'indépendance entre la tumeur perçue par le palper abdominal et la tumeur pelvienne, les différences de consistance existant entre ces deux tumeurs ne pouvaient permettre le moindre doute. Toute hésitation, d'ailleurs, était dissipée par *le cathétérisme qui doit toujours être pratiqué en semblable occurrence* et qui faisait évanouir la tumeur abdominale.

On pouvait, dans ce cas, se demander s'il était urgent de pratiquer la réduction de l'utérus. La malade, certainement, aurait pu attendre, mais au prix, probablement, de nouvelles souffrances et de nombreux cathétérismes et les cathétérisme répétés ne sont pas sans inconvénients, quelques soins qu'on apporte à les faire aseptiquement. De plus, nous avions intérêt à pratiquer la réduction le plus tôt possible, l'intervention devant être d'autant plus facile et plus efficace que l'utérus était moins volumineux.

Pour ce qui regarde la méthode que nous avons employée : *réduction manuelle*, elle a sur la *réduction instrumentale* l'énorme avantage d'être infiniment plus simple et, surtout, de n'être pas aveugle. Elle nous paraît également plus sûre que la *réduction par la*

position genu-pectorale ; mais ses résultats sont d'autant meilleurs qu'on n'hésite pas à avoir recours à *l'anesthésie chloroformique* L'anesthésie, en supprimant la douleur et la résistance musculaire des parois abdominales facilite, en effet, singulièrement les manœuvres de réduction et permet de réussir là où on aurait échoué en opérant sans chloroforme.

Enfin, dans le cas que nous venons de rapporter, nous avons mis dans le vagin un pessaire de GARIEL. Cette méthode a été accusée de pouvoir provoquer l'avortement et elle est généralement peu employée. Bien que les risques d'avortement sous l'influence du pessaire ne soient pas très considérables, nous pensons qu'il vaut mieux s'en abstenir dans les cas où l'utérus a acquis un développement tel que, une fois réduit, il ne puisse reprendre sa position vicieuse. Dans le cas qui nous occupe, j'ai cru devoir l'employer parce que, l'utérus étant peu volumineux, la rétroflexion avait chance de se reproduire. L'évènement a montré, d'ailleurs, que le pessaire n'a eu aucune mauvaise influence. Ce qui ressort surtout de ce fait, c'est que, comme l'a dit TARNIER « le pronostic est d'autant plus grave que la maladie est restée plus longtemps méconnue, négligée ou mal soignée. » Notre observation montre bien les avantages qu'on retire d'un diagnostic et d'un traitement rapidement faits.

VARIÉTÉS

Le médecin de campagne

Le Rural a le cœur fermé :
L'étranger qui, voulant lui plaire,
Fait mille efforts pour être aimé,
Obtient souvent l'effet contraire!
— Maire, châtelain ou curé,
Un grand salut les accompagne;
Mais le conseilleur attitré,
L'ami de tous, le préféré,
C'est le médecin de campagne!

On le connaît..... depuis toujours!
Ces enfants que sans gêne il gronde,
C'est par son opportun concours
Que la plupart vinrent au monde!
Il les reçut, noirs et criards,
Sans feuille de vigne, ni pagne;
Il les soigna, tous ces moutards;
Aussi tous, femmes et vieillards,
T'aiment, médecin de campagne!

Il connaît à fond les tracas
Et les secrets de ces contrées :
Il a vu dans bien des faux pas
Butter des vertus consacrées!
Plus d'un, peut-être, s'il parlait,
Connaîtrait le chemin du bagne;
Ne redoutez rien de son fait,
Car, s'il sait tout, il est discret,
Le bon médecin de campagne!

Il arriva.... comme c'est loin!...
Jeune docteur, plein de vaillance,
Léger d'argent, et dans ce coin
Il se traça cette existence!
Loin de Paris, du vieux Quartier,
Sans rêver châteaux en Espagne,
Il se mit ferme en son collier
Et prit le train-train régulier
Du bon médecin de campagne!

Sur un dévouement surhumain
Il faut que son âme s'appuie
Pour, chaque jour, sur le chemin,
Braver le froid, le chaud, la pluie!
— Fatigué, quand son vieux bidet
Monte au pas berceur la montagne,
Rattrapant un somme incomplet,
Il dort dans son cabriolet,
Le vieux médecin de campagne!

Sa force le trahit un jour
Avant qu'ait faibli son courage;
Il voit qu'il lui faut à son tour
Partir pour le dernier voyage!
— La Mort, qu'il combattait, rira
D'être pour toujours sa compagne.
Mais le village pleurera
Quand dans sa tombe on portera
Le vieux médecin de campagne!

Le 7 janvier 1898. L. DUPILLE.

(*L'Aurore* du 18 avril.)

Empirisme indigène et opothérapie

Divers exemples ont déjà été fournis, montrant que l'empirisme grossier avait recours, bien avant BROWN-SÉQUARD, à l'ingestion d'organes frais dans le traitement des maladies.

Je citerai ici plusieurs exemples de ces faits recueillis chez les indigènes algériens.

A. — Opothérapie testiculaire. — En 1893, étant médecin de l'ambulance d'El-Oued (Sahara constantinois), j'eus l'occasion, pour différentes affections, de préparer du liquide testiculaire injectable, selon la méthode BROWN-SÉQUARD. J'allais moi-même sur le marché, prendre avec les précautions voulues les testicules de béliers destinés à la préparation du liquide. Le boucher qui me les fournissait, vieux nègre saharien, qui, bien certainement, ne lisait pas les comptes-rendus de la Société de biologie, me dit : « Oh! je sais pourquoi tu viens prendre le rognon blanc des béliers. Il y a un proverbe saharien qui dit : Celui qui mange le rognon blanc est en érection toute la nuit. » Et cette pratique existe en effet dans certaines tribus sahariennes.

B. — Ingestion de matière cérébrale. — Dans certaines tribus habitant les régions montagneuses de la Kabylie, existe

une croyance bizarre : un enfant idiot, arriéré, peut guérir si on lui fait manger la cervelle extraite d'un cadavre humain. La pratique existe et serait même assez fréquente ; la meilleure preuve consiste dans ce fait que le tribunal de Bougie a eu récemment l'occasion de rendre un jugement dans un cas où la violation d'une sépulture, l'ouverture de la boîte crânienne à coups de hache et l'ablation du cerveau n'avaient pas eu d'autre mobile.

C. — Utilisation des propriétés antitoxiques du parenchyme hépathique. — Une coutume peu répandue, il est vrai, mais qu'on peut retrouver dans certaines tribus sahariennes consiste, lorsqu'on est piqué à la main ou au pied par un scorpion, ou mordu par une vipère à cornes, à inciser largement à ce niveau et à appliquer sur la plaie un morceau de foie frais. Dans certain cas, on ouvre le ventre d'un mouton et on plonge la partie blessée dans le foie largement incisé.

Or, les recherches récentes de plusieurs savants français, les expériences de FRASER, en Angleterre, montrent qu'en somme cette pratique un peu grossière est absolument rationnelle et il n'y a pas à s'étonner des guérisons obtenues dans les cas où cette pratique a pu être employée.

Dr E. LEGRAIN (Bougie).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Corps de santé militaire

Les exercices spéciaux du service de santé en campagne seront exécutés, en 1898, conformément aux dispositions de l'instruction du 20 février 1892, sous réserve des modifications apportées aux 2me et 3me paragraphes de ladite instruction.

Ces exercices auront lieu :

A Nancy, pour les 1er, 2e, 6e et 20e corps d'armée ;

A Paris, pour le gouvernement militaire de Paris, les 3e, 4e et 5e corps d'armée ;

A Nantes, pour les 9e 10e et 11e corps d'armée ;

A Toulouse, pour les 12e, 17e et 18e corps d'armée ;

A Lyon, pour les 7e, 8e et 14e corps d'armée ;

A Marseille, pour les 13e, 15e et 16e corps d'armée.

A Lyon et à Marseille, la date des exercices sera fixée en dehors de l'époque des manœuvres dans les Alpes.

Extrait de la statistique, publiée pour le trimestre de janvier 1898, relative au nombre d'inscriptions délivrées au 15 du mois de janvier 1898.

Universités	Droit	Médecine	Sciences	Lettres	Pharmacie	Total
Paris	2174	1568	644	296	752	5934
Bordeaux	372	342	116	18	166	1014
Lille	200	114	67	23	112	516
Lyon	199	558	147	22	118	1114
Montpellier	195	275	156	26	117	769
Nancy	181	180	105	10	47	523
Toulouse	424	226	117	33	118	918

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous apprenons la formation, à Lille, d'une **Société de Patronage des Etudiants étrangers**. La cotisation annuelle est de cinq francs. La somme de cinquante francs une fois versée donne droit au titre de membre fondateur.

La Société est administrée par un comité de quatorze membres qui a été ainsi constitué :

Président : M. le professeur FOLET ; *Vice-président :* M. PAUL CRÉPY, vice-consul du Portugal ; *Secrétaire-général :* M. le professeur HAUMANT ; *Trésorier :* M. PELTIER, secrétaire de l'Université de Lille ; *Secrétaire-général-adjoint :* M. BÉQUIGNON, professeur au lycée Faidherbe ; *Secrétaire :* le Président de l'Union des Etudiants.

Membres du comité : MM. CH. BARROIS, professeur à la Faculté des Sciences ; PATOUILLET, professeur au lycée Faidherbe ; ARMAND SÉE, ingénieur ; VAILLANT, vice-consul de Perse ; VALLAS, doyen de la Faculté de droit ; M. le préfet du Nord et M. le Recteur de l'Académie, président du Conseil de l'Université, ont bien voulu accepter la présidence d'honneur.

Nous souhaitons à la nouvelle **Société de Patronage** un prompt développement. Notre Université compte déjà un certain nombre d'étudiants étrangers. La **Société de Patronage**, en se mettant en rapport avec les Universités étrangères, en montrant au dehors que les étudiants étrangers trouveront à Lille un accueil sympathique et un concours cordial, nous amènera certainement de nouvelles recrues. Aussi sommes-nous assurés que la nouvelle Société trouvera d'actifs concours parmi tous ceux qui s'intéressent à la prospérité de l'Université de Lille.

Nous relevons parmi les noms des membres de l'enseignement supérieur, qu'un arrêté ministériel désigne comme faisant partie des comités spéciaux chargés de l'étude des questions relatives aux demandes et à l'organisation des congrès internationaux en 1900, celui de M. le professeur DE LAPERSONNE. Nous lui adressons à cette occasion toutes nos félicitations.

Par différents arrêtés ont été nommés :

Chef des travaux pratiques d'histologie (création du conseil de l'Université), M. le docteur d'HARDIVILLIER.

Préparateur de chimie minérale, M. WASSELIN, en remplacement de M. DUMOULIN, démissionnaire.

Aide-préparateur de physique, M. BARTHÉLEMY, en remplacement de M. BOELDIEU, démissionnaire ; aide-préparateur d'hygiène (création du conseil de l'Université), M. HENRIET.

Moniteur de travaux pratiques, physiologie (création du conseil de l'Université), M. MABILLE.

M. le docteur GAUDIER a été nommé, par arrêté ministériel en date du 9 juin, agrégé de chirurgie à la Faculté de Lille, pour une période de neuf ans, du 1er novembre 1898.

MM. les professeurs COMBEMALE et LESCŒUR sont désignés pour aller présider les examens de doctorat en médecine, d'officiat de santé, de sages-femmes et de pharmaciens et herboristes, à Amiens, dans les premiers jours d'août.

SOUTENANCES DE THÈSE

M. E.-A. THIBOUT, docteur ès-sciences, de Paris (Seine), a soutenu, le 9 juillet, sa thèse de doctorat (5me série, n° 85) intitulée : **Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du larynx** chez l'adulte et de leur traitement chirurgical **par la voie** endo-laryngée.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Viennent d'être nommés après concours : **chefs de clinique médicale**, à l'Hôtel-Dieu : M. KALM, adjoint M. APERT. A l'hôpital Saint-Antoine : M. THIERCELIN, adjoint M. HULOT. — **Chefs de clinique des maladies des enfants :** M. ZUBER, adjoint M. HALLÉ. — **Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques :** M. EDMOND FOURNIER. — **Chef de clinique chirurgicale.** A l'Hôtel-Dieu : M. MARION. A l'hôpital de la Pitié : M. BANZET. A l'hôpital NECKER : M. DELBET. — **Chef de clinique obstétricale.** A la clinique d'accouchement : M. CHAVANNE. — **Chef de clinique ophtalmologique** : titulaire M. TERRIEN, adjoint M. PLEY.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Bordeaux. — MM. les docteurs DE BOUCAUD et CAPDEPON sont nommés chef de clinique chirurgicale et chef de clinique chirurgicale adjoint.

M. le docteur DEBEDAT, préparateur du laboratoire de physique, est nommé aide de clinique électrothérapique.

Montpellier. — M. le docteur GIBERT est nommé chef de clinique médicale.

Toulouse. — M. le docteur MARIE est chargé du cours de physique biologique et pharmaceutique. M le docteur SUIS est chargé du cours de zoologie médicale et de micrographie. M. le docteur BÉZY est chargé du cours de clinique des maladies des enfants.

SOCIÉTÉS SAVANTES : ACADÉMIE DE MÉDECINE

Académie des Sciences : M. le professeur LEYDEN, de Berlin, est élu membre correspondant étranger dans la section de médecine et de chirurgie.

Académie de médecine : M. PEYROT est élu membre titulaire, par 63 voix sur 70 votants.

Société de chirurgie : M. DELBET est élu membre titulaire.

Société de biologie : M. PETIT est élu membre titulaire, par 38 voix sur 48 votants.

HOPITAUX DE PARIS ET DE PROVINCE

Marseille. — Un riche négociant de cette ville, M. SALVATOR, vient de faire un don de sept millions aux hôpitaux.

Paris. — Ont été nommés chirurgiens des hôpitaux au dernier concours : MM. les docteurs BOUGLÉ et GLANTENAY.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs MICHAUX père, de Paris ; POUSSIÉ, d'Onzain (Loir-et-Cher) ; COLLIN, médecin de 2me classe de la marine, à Indret (Loire-Inférieure) ; Charles DUFAY, ancien sénateur de Loir-et-Cher ; DELPECH, médecin en chef, COPPÉE, LIWENGOOD, passagers victimes du naufrage de la « Bourgogne » ; TARDIF, médecin principal de la marine.

OUVRAGES PARVENUS AUX BUREAUX DU JOURNAL :

Les victimes du lait et du régime lacté, par le docteur MEUNIER (de Calais), Paris, Société d'éditions scientifiques, 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

26e SEMAINE DU 26 JUIN AU 2 JUILLET 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	5
3 mois à un an	4	7
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	2	2
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	6	9
40 à 60 ans	6	6
60 à 80 ans	2	8
80 ans et au-dessus	»	1
Total	29	42

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	5	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	1	1	»	»	»	»	2	7	12
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	4	»	»	»	»	»	2	10	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	5	1	5	»	»	1	»	»	»	1	»	5	18	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	1	4	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	7	8
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	3	7	3
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	3	»	»	1	»	»	»	»	»	»	6	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	4	4
Total	»	2	»	»	»	»	»	5	9	4	15	»	»	11	1	1	1	3	»	19	71	109

N° 79. Deuxième Année, N° 29. Le Numéro : **10** centimes. 17 Juillet 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Le tétanos et son traitement, par le professeur **H. Folet**. — Note sur une variété anormale de tuberculose pleuro-pulmonaire, par le docteur **P. Desoil**. — Note bactériologique sur un cas de rhumatisme articulaire subaigu, par le docteur **G. Carrière**. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le Puy-de-Dôme est classé parmi les départements qui comptent le plus de goitreux. C'est là que M. GRASSET les a étudiés et il a pu arriver aux conclusions suivantes, qu'il présente à l'**Académie des sciences**. Le goître est une maladie générale avec un symptôme dominant ; la grosse thyroïde. De même que la grosse rate est une des caractéristiques du paludisme, de même, la grosse thyroïde serait le symptôme capital de l'affection générale appelée jusqu'ici goître. Le parallèle entre le paludisme et le goître est d'ailleurs curieux : chacune de ces affections a une répartition géographique spéciale ; chacune d'elles intéresse une glande à sécrétion interne ; enfin, leur degré extrême est une cachexie ; dans un cas, le crétinisme, dans l'autre la cachexie paludéenne.

Chez huit personnes qui déclaraient que leur goître datait de dix à quinze jours, on a pu déceler des parasites du sang : corps sphériques, corps segmentés, etc. rappelant les hématozoaires du paludisme.

A la **Société médicale des hôpitaux**, M. COMBY insiste sur les dangers du phénol chez l'enfant : il cite, à l'appui de son dire, une hématurie provoquée par des irrigations phéniquées de l'oreille chez un fillette de cinq ans.

*** Les troubles nerveux qui succèdent à l'intoxication par l'oxyde de carbone sont mal connus ; aussi est-il bon d'accumuler les faits qui peuvent servir à leur étude. En voici un, rapporté par M. MATHIEU : après deux tentatives de suicide par l'oxyde de carbone, un jeune homme présente des troubles de la circulation dans le membre inférieur droit : œdème dur particulier, présentant les caractères de l'œdème névropathique. Le diagnostic n'offrait aucune difficulté ; l'observation n'est intéressante que par les circonstances étiologiques spéciales.

M. DUCASTEL présente à la **Société de Dermatologie** deux malades atteintes de lupus tuberculeux de la face et traitées depuis six mois par des injections de calomel, suivant la méthode d'ASSELBERGS. Les résultats avantageux ont été fort peu marqués. M. GAUCHER croit, d'une façon générale, que les lupus guéris par des injections mercurielles sont des erreurs de diagnostic. M. BROCQ a vu une fois diminuer la masse de l'infiltrat lupique, mais il ignore si ce résultat a été durable ; dans un autre cas, il a constaté une amélioration, puis les lésions sont restées stationnaires et il a dû attaquer les tubercules par les cautérisations : il croit d'ailleurs que la syphilis existait chez son malade.

M. FOURNIER émet l'avis qu'assurément il se produit des erreurs de diagnostic, mais il croit aussi à l'association possible du lupus et de la vérole. Dans un

autre ordre d'idées, il est certain que l'injection de calomel agit sur le cancroïde ; le traitement antisyphilitique entraine une amélioration passagère, mais considérable, de l'épithélioma lingual. Le lupus des syphilitiques doit être singulièrement modifié de par le terrain où il pousse ; c'est là, peut-être, la clef du traitement d'ASSELBERGS.

⁂ M. MONTOYA étudie les caratés. Ces aspergilloses de l'Amérique équinoxiale sont caractérisées par de larges plaques d'épidermite desquamative avec troubles pigmentaires pseudo-vitiligineux. Naissant sur les parties découvertes, elles sont considérées comme incurables et on les a vu durer quarante ans : il faut distinguer les caratés noir et violet des caratés bleu et rouge et ne pas les confondre avec la pinta. La série des caratés montre toute une gamme de champignons aspergilloïdes complètement analogue à celle des trichophytons. A l'heure actuelle on a, pour chaque espèce, l'examen microscopique positif de la squame, la culture, l'inoculation au lapin et la preuve de la rétroculture L'action externe des mercuriaux paraît certaine.

L'origine des caratés présente un problème de prophylaxie intéressant. M. MONTOYA a retrouvé les champignons du caraté violet-cendré dans les eaux minières des mines d'or et les semences sur les moustiques du genre Stimulium et les punaises. L'origine saprophyte des caratés apparaît donc aussi manifeste que celle des trichophytons.

⁂ M. FOURNIER a observé un ancien syphilitique qui s'était fait vacciner au bras droit par trois piqûres, au bras gauche par cinq piqûres, sans résultat. Au bout de sept mois, apparaissent trois boutons qui persistent au niveau des piqûres du bras droit ; sept mois plus tard, même phénomène à gauche. Ce sont des tubercules syphilitiques.

⁂ M. EMERY montre un malade qui est occupé à dégraisser des pièces de bicycles à l'aide d'essence de pétrole dont il respire incessamment les vapeurs et qui imprègnent constamment ses membres. Il est porteur d'une névrite des membres supérieurs, à prédominance motrice : un vitiligo aigu s'est développé antérieurement au niveau des muscles paralysés

⁂ MM. JACQUET et MESNARD rapportent l'histoire d'un homme de 40 ans, nerveux par hérédité, névrosé par l'absinthe et le surmenage intellectuel, qui vit apparaître, il y a cinq ans, une tache rouge au méat urinaire, en continuité avec la muqueuse urétrale. Puis une série de taches analogues parut à la surface du pénis, avec tendance extensive et finalement confluence. Le malade éprouvait alors, surtout la nuit et après le coït, des cuissons fort pénibles ; au bout de deux ans, la rainure préputiale fut envahie et le prurit devint intolérable. Dans ces conditions, on institua le traitement suivant : application pendant la nuit de cataplasmes de fécule de pomme de terre, souples et froids, qu'on change le plus souvent possible ; scarifications superficielles du gland, de la rainure balano-préputiale et enfin du fourreau. Les scarifications sont renouvelées deux ou trois fois par semaine. L'amélioration s'est montrée d'emblée et la guérison est aujourd'hui absolue.

A la **Société de Biologie**, M. MIRALLIÉ expose qu'il a recherché, dans certains cas d'hémiplégie d'origine cérébrale, la cause de la diminution d'ouverture de la fente palpébrale. Elle est liée à un affaiblissement des fonctions du releveur de la paupière.

⁂ M. CAPITAN croit que certaines chloroses sont justiciables du traitement thyroïdien. Les formes dont il s'agit seraient liées à des altérations de la glande thyroïde M. CAMUS a également observé une jeune chlorotique qui ne put être améliorée que par l'ingestion quotidienne de 0 gr. 20 d'extrait thyroïdien.

⁂ M. DURANTE a vu, chez de jeunes enfants, dans les deux ou trois jours qui précédaient la mort, une augmentation de poids parfois considérable qui, au premier abord, paraissait être du meilleur augure. La cause en est difficile à trouver, mais les enfants peuvent augmenter subitement de 200 et même 300 grammes.

⁂ COURMONT et DOYEN avaient prétendu que le ferment sécrété par le bacille de NICOLAIER ne serait pas toxique par lui-même, mais qu'il élaborerait aux dépens des cellules de l'organisme une substance directement tétanisante. Ces auteurs sont actuellement moins affirmatifs à cet égard, à la suite de nouvelles expériences.

⁂ M. D'ARSONVAL a fait de nombreuses recherches concernant l'action de l'air liquide sur les tissus et les muqueuses. En général, il n'y a pas contact : on peut en introduire dans l'estomac. C'est ainsi que M. D'ARSONVAL avait offert de l'air liquide mélangé à du champagne : un convive, sans attendre que le champagne fût glacé, a avalé tout le contenu de son verre renfermant environ 15 centimètres cubes d'air liquide Au bout de quelques instants, son estomac s'est ballonné et un violent rejet d'aliments et de gaz le délivra. Si on verse sur la main un peu d'air liquide, il prend l'état sphéroïdal et

se réduit en globules qui fuient de toutes parts. On a proposé de l'employer pour les plongeurs ; un plongeur portant sur son dos un litre d'air liquide aurait plus de mille litres d'air à respirer.

A la **Société de chirurgie**, la discussion revient sur la valeur opératoire de l'incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes.

M. SCHWARTZ a eu l'occasion de pratiquer assez souvent cette opération. Il a observé des accidents immédiats (hémorrhagie, etc) et éloignés, et des récidives. De plus cette opération est quelque peu aveugle, aussi l'auteur préfère t-il de beaucoup la laparotomie, sauf dans les cas où tout le monde est d'avis d'intervenir par le vagin (collection bombant fortement dans le vagin, état général grave de la maladie)

M. BAZY préfère aussi la laparotomie qui permet mieux de se rendre compte de l'état des lésions.

*** M. POIRIER remet en discussion la question si intéressante et si délicate du traitement de l'appendicite.

M. POIRIER intervient dans tous les cas. Il va à la recherche de l'appendice et le résèque à sa base par un procédé semblable à celui de la recherche de l'artère iliaque.

M. RECLUS croit qu'il vaut mieux en général laisser l'appendice en place quand il y a abcès, pour ne pas risquer d'infecter le péritoine. Il a opéré ainsi les deux tiers de ses malades qui ont guéri sans récidive.

M. BRUN enlève l'appendice toutes les fois qu'il le peut, c'est-à-dire quand on ne risque pas de généraliser la péritonite par les manœuvres que nécessite la recherche de l'appendice. L'auteur n'est pas de l'avis de M. POIRIER et n'opère pas toujours immédiatement un cas d'appendicite aiguë. Dans les premiers jours, il institue un traitement médical qui jugule la crise (repos, glace, morphine) ; si la température tombe, il n'opère pas. On opère à froid quelques semaines plus tard.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de Saint-Sauveur

Le tétanos et son traitement

par le Professeur **H. Folet**

Le 22 octobre 1897, entrait dans mon service une femme de 40 ans, Virginie D..., qui venait d'être vitriolée par son mari. Le liquide corrosif avait produit des brûlures étendues du front, des paupières, des joues (les yeux étaient intacts), des oreilles, du cuir chevelu, des avant-bras.

Les cheveux ayant été coupés courts aux ciseaux, les brûlures sont lavées à la liqueur de VAN SWIETEN étendue, puis pansées à la vaseline boriquée et recouvertes de gaze stérilisée et d'ouate. Elles paraissaient en bonne voie de guérison, lorsque le 6 novembre, quinze jours après la blessure, cette femme se plaint de la difficulté qu'elle éprouve à ouvrir la bouche.

La température étant à 37° et l'état général excellent, j'espérais n'avoir affaire qu'à cette contracture que ROMBERG a décrite sous le nom de « crampe masticatoire », contracture localisée au territoire de la branche motrice du trijumeau, dans les stomatites, gingivites, etc. Bien que la malade n'accusât aucune douleur intra-buccale, il pouvait y avoir de la stomatite vitriolique.

Mais le lendemain, la température restant à 37, le trismus n'a pas diminué ; au contraire. Et il y a un peu de raideur du cou et de contracture du muscle trapèze gauche.

Je fais alors transporter la malade dans cette salle à tout faire, que l'on appelle la salle St-Félix, seul local d'isolement que l'administration hospitalière mette à la disposition du service de chirurgie, en dépit des réclamations que je formule depuis dix ans. J'envoie toute la literie à l'étuve et je m'efforce de préserver les autres malades par des mesures sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure. J'interprétais, en effet, les symptômes observés comme des signes de début d'une des plus redoutables complications des plaies : le tétanos. Je ne me trompais malheureusement pas. Il s'agissait bien d'un tétanos auquel la malade a succombé en douze jours.

I

Le tétanos est une maladie infectieuse due à la pénétration et à la pullulation dans l'organisme d'un microbe spécial, maladie transmissible à l'homme et aux animaux, contagieuse par conséquent ; symptomatiquement caractérisée par des contractures musculaires à accès paroxystiques, lesquelles débutent d'ordinaire par les muscles de la mâchoire et de la nuque, pour de là s'étendre aux autres muscles et aboutir le plus souvent à la mort.

On avait observé depuis fort longtemps soit la fréquence du tétanos chez les animaux, chez les chevaux en particulier, dans certaines localités, soit l'invasion de la maladie s'étendant à toute une série de blessés, aux blessés d'une même bataille par exemple. La bataille d'Eylau fut tristement célèbre à cet égard. Mais on attribuait ces faits, soit à des conditions hygiéniques ou climatériques, soit à l'épidémicité ; comme si l'épidémicité était autre chose qu'une contagion s'étendant en un même lieu et en un court espace de

de temps, à un grand nombre de sujets, et comme s'il y avait des maladies épidémiques qui ne soient pas contagieuses.

C'est en 1884 que Nicolaïer, de Gœttingue, démontra la spécificité du bacille qui a conservé son nom, le cultiva et reproduisit le tétanos par inoculation de ses cultures. Il existe soit à l'état de spores, soit à l'état de bacille complet ; c'est alors un bâtonnet grêle présentant à une de ses extrémités un petit renflement. On l'a comparé à une épingle, à une baguette de tambour, à un clou de fer à cheval. Il n'est ordinairement pas facile de le reconnaître directement dans le pus tétanique ; mais la culture vient lever les doutes. Avec le pus de notre malade par exemple, M. le professeur Curtis a obtenu des cultures de bacilles de Nicolaïer qui, inoculées à un cobaye, lui ont donné un tétanos mortel.

Ce microbe se rencontre abondamment dans le sol, dans la terre de nos champs, dans la boue de nos rues, où ses spores présentent une résistance extrême à l'égard des agents destructeurs physiques et chimiques. C'est, comme on dit, un microbe tellurique. Pour Verneuil il serait d'origine équine. C'est par la souillure des excréments et du fumier de cheval, animal très prédisposé au tétanos, que le sol deviendrait tétanigène. Cette opinion, appuyée sur des concordances curieuses, ne paraît pas exacte comme théorie exclusive. Le cheval puise dans le sol le germe morbide ; mais il est certain que les terres labourées et fumées sont plus redoutables que les autres et que le cheval est souvent un agent de contagion médiat entre la terre et le blessé.

Comment se fait-il, dira-t-on, que le tétanos soit une complication exceptionnelle, alors qu'innombrables sont les plaies qui nous arrivent souillées de la boue des chemins ? La raison en est simple. Le bacille de Nicolaïer est anaérobie. Il ne se développe et ne pullule qu'à l'abri du contact de l'air. Dans les plaies exposées il ne prospère point et ses spores sont détruites par phagocytose. Mais supposez-le enfoui dans une plaie profonde où, par suite de l'attrition des tissus ou de la congestion irritative, l'irrigation sanguine et par suite l'oxygénation se fait mal, le microbe se trouvera dans d'excellentes conditions de développement et de pullulation. J'ai vu un tétanos mortel succéder à l'avulsion d'une dent par un dentiste de foire. On conçoit très bien que le microbe déposé au fond d'une alvéole dentaire violemment traumatisée, obturée par des caillots et des débris de tissus mortifiés, y prospère et s'y multiplie ; je suis même surpris qu'on ne l'ait pas plus souvent observé dans cette espèce si fréquente de traumatisme.

A ce point de vue le cas qui nous occupe est exceptionnel. Il est certain que notre femme pouvait avoir dans ses cheveux des bacilles de Nicolaïer susceptibles de se déposer sur les surfaces suppurantes des brûlures vitrioliques. Mais c'était là une plaie ouverte, aérée, où le microbe ne devait guère tendre à se développer. Et de fait les plaies de la face et du cuir chevelu sont signalées comme se compliquant rarement de tétanos. Sans doute il faut voir ici un fait d'association microbienne. De vulgaires saprophytes, en accaparant l'oxygène à leur profit, se font les complices du microbe de Nicolaïer et le mettent artificiellement dans des conditions d'anaérobicité où il peut vivre et pulluler.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur la symptomatologie du tétanos, qui est bien décrite dans tous les livres classiques. Elle consiste essentiellement en des contractures toniques, continues mais coupées de paroxysmes convulsifs très douloureux. Elles débutent par les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure et extenseurs de la tête ; parfois, j'en ai vu un cas, par des secousses tétanoïdes dans le membre blessé ; pour de là s'étendre à de nombreux groupes musculaires, suivant des localisations bizarres, car elles ne correspondent pas à des distributions nerveuses anatomiques : contracture des muscles extenseurs du tronc et des membres inférieures, opisthotonos, forme la plus fréquente ; — contractures du fléchisseur du tronc et des membres, emprosthotonos ; — contracture de tout un côté du corps courbé en arc latéral, pleurosthotonos ; — tétanos céphalique ayant ordinairement pour point de départ une plaie dans le territoire sensitif des nerfs crâniens et localisé dans les muscles innervés par les nerfs crâniens, souvent avec dysphagie intense liée au spasme des muscles pharyngiens et avec paralysie faciale unilatérale du côté correspondant à la blessure.

Les paroxysmes convulsifs sont souvent éveillés par les mouvements, par les émotions morales, par toutes les excitations extérieures : bruit, lumière vive, courants d'air. D'après Lefort, les inhalations chloroformiques loin de calmer les paroxysmes, les provoqueraient. Ceci est loin d'être toujours exact, ainsi que je le dirai tout à l'heure. Les crises paroxystiques.

d'abord de fréquence très variable, se rapprochent et finissent par devenir quasi continues, entravant de plus en plus la déglutition, la phonation, la respiration.

La température est habituellement au-dessus de la normale. Son élévation paraît en rapport avec la gravité du mal. Dans les tétanos à marche aiguë, l'hyperthermie est rapide et continue jusqu'à la mort, où elle peut atteindre 42°, 44°. Et il n'est pas rare de voir alors la température continuer à s'élever quelque temps après la mort.

L'intelligence des malades reste d'ordinaire long temps intacte. Coma vers la fin.

Au point de vue de sa marche le tétanos offre plusieurs formes :

Forme suraiguë, foudroyante, tuant en trente-six ou quarante-huit heures, avant la généralisation des convulsions, avec hyperthermie énorme.

Forme aiguë tuant en quatre à six jours, avec hyperthermie marquée.

Forme subaiguë ou chronique, peu hyperthermique, beaucoup plus rare que les formes aiguës, durant dix, quinze, trente, quarante jours; et, quand elle se prolonge ainsi, parfois suivie de guérison. Les deux premières formes au contraire sont presque toujours mortelles ; je dis *presque* toujours, car le seul tétanos que j'ai vu guérir appartenait à la forme aiguë. Je vous raconterai plus loin son histoire, qui est instructive au point de vue du traitement.

La mort arrive soit par asphyxie lente due à la contracture permanente des muscles respiratoires, soit par asphyxie brusque (spasme tétanique de la glotte), soit encore par arrêt brusque du cœur en contracture. L'hyperthermie excessive des formes aiguës, incompatible avec la vie des éléments anatomiques, doit aussi contribuer à la mort.

Chez notre malade, prise au quinzième jour de la brûlure, la forme chronique s'annonçait ; comme en témoigne le tracé, tracé presque hypothermique qui me fit d'abord douter. Puis la courbe remonte lentement, atteint 38°5 au neuvième jour de l'invasion et reste à peu près stationnaire jusqu'à la mort.

Pendant le premier jour les contractures augmentèrent peu à peu, gagnant le dos et les muscles postérieurs des membres. Crises convulsives, pas très fréquentes ni très intenses. Elle n'eut jamais cet opistothonos effrayant qui courbe les malades en arc. Mais le trismus et l'hyperextension de la tête étaient permanents. Vers le huitième jour, au moment où la courbe thermique s'élève et où l'on commence les injections de sérum, on voit le trismus et la raideur du cou diminuer un peu : la malade boit mieux et peut passer la langue entre les dents. Amélioration passagère : les paroxysmes convulsifs reprennent bientôt, augmentant d'intensité et de fréquence, cris incessants. Le 17 novembre, à midi, je la trouve contracturée sans connaissance. Elle meurt brusquement dans l'après-midi, le douzième jour.

II

Maintenant que je vous ai parlé de la malade et de la maladie, abordons la question du traitement institué ; car, tout grave qu'il soit, le tétanos n'est pas absolument fatal et peut être combattu.

Tout d'abord, le tétanos étant contagieux et inoculable par les plaies, il faut, à l'hôpital ou dans tout milieu où des blessés sains se trouvent en contact avec un tétanique, songer à préserver les blessés et pour cela isoler le malade. Il serait désirable que l'on pût l'isoler absolument et lui attribuer un personnel spécial. Dans la pratique on fait ce que l'on peut : notre malade était séquestrée dans la salle Saint-Félix; vous m'avez vu interdire l'entrée de cette salle aux élèves. Un seul externe, exempt de toute écorchure des mains, fut chargé du pansement et pénétrait dans l'isoloir, à la fin de la visite, et après les opérations quotidiennes. Il devait, en en sortant, se désinfecter soigneusement; le tablier et le paletot de toile qu'il quittait devaient être aussitôt portés à l'étuve. Je m'astreignais aux mêmes précautions, également prescrites à la religieuse et à l'infirmière. On a du mal à obtenir l'observance de ces règles de la part du personnel servant, qui n'en comprend pas l'importance. Mais il faut insister.

Dans le cas où on aurait lieu de craindre qu'un blessé voisin n'eût été contaminé avant le diagnostic posé et l'isolement établi, la sérothérapie prophylactique dont je vous parlerai tout à l'heure serait très indiquée.

Ce n'est pas seulement dans le but de préserver les autres blessés qu'il importe d'isoler le tétanique ; c'est aussi dans l'intérêt du tétanique lui-même. Et cet isolement doit se faire dans certaines conditions particulières. J'ai dit plus haut que, dans le tétanos comme dans la rage, toutes les excitations extérieures, le bruit, les allées et venues autour du malade, les courants d'air froid, la lumière intense, rendent plus

fréquents et plus violents les paroxysmes convulsifs. Il faut donc placer le patient dans une chambre obscure, silencieuse, chauffée à une température douce et égale. On lui parlera et on le remuera le moins possible. Pour calmer son système nerveux, on lui administrera le chloral et la morphine à de très hautes doses qu'il tolère généralement bien : quinze, vingt centigrammes de morphine; huit, dix, douze grammes de chloral par jour. J'ai fait préparer ici une potion contenant par cuillerée un centigramme de morphine et un gramme de chloral. Comme elle avalait assez bien les liquides malgré son trismus, on lui administrait une cuillerée toutes les deux heures ou toutes les heures, de façon à la maintenir constamment plongée dans la somnolence. Si la déglutition est très difficile, donner la morphine en injection sous-cutanée et le chloral en lavements.

Le traitement local a une grande importance. Il résulte en effet et de l'observation clinique et des examens bactériologiques que l'infection microbienne tétanique reste cantonnée dans la région traumatisée. Les faits montrent que l'organisme peut lutter pour la vie et triompher de l'intoxication bacillaire si l'on supprime le bouillon de culture local où les microbes sécrètent sans trêve un poison qui infecte incessamment le corps tout entier et agit spécialement sur les cellules nerveuses qu'il détruit.

Le meilleur moyen de supprimer cette fabrique de toxines est sans contredit l'extirpation du foyer d'infection, dût-on avoir recours pour l'obtenir à l'amputation. M. Berger, dans un travail publié en 1892, a beaucoup insisté sur cette nécessité de l'opération radicale: « J'ai traité par l'amputation, dit-il, deux cas de tétanos grave; j'ai vu guérir les deux opérés. Les autres tétaniques que j'ai soignés, au nombre d'une douzaine, ont tous succombé. »

Cependant l'amputation, faite en pleine infection, est loin d'avoir toujours de bons résultats. J'ai, pour ma part, amputé de l'avant-bras, il y a deux ans, un tétanique que j'ai vu mourir le lendemain. On peut même se demander si un choc opératoire quelque peu intense, imprimé à un système nerveux déjà irrité par les terribles toxines tétaniques, n'a pas pour effet d'accélérer la marche des accidents. De plus il est des cas, comme celui qui nous occupe aujourd'hui, où cette suppression radicale du foyer est impossible. Dans ces cas la désinfection minutieuse et incessante du réservoir local de poison peut parfois enrayer une infection nettement commencée. J'ai soigné dans ma vie chirurgicale une dizaine de tétaniques; le seul que j'ai vu guérir, atteint d'un tétanos très aigu, très hyperthermique, a été sauvé par cette désinfection locale. J'ai publié jadis cette observation que vous trouverez dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* de 1893. Mais, comme le fait est instructif et probant, je vais vous le raconter en le résumant:

En 1889, un industriel de la Madeleine-lez-Lille, me demande de soigner un de ses contre-maîtres qui, vingt jours auparavant, avait subi un grave traumatisme; la roue d'un lourd camion, en froissant violemment tout le côté externe du membre inférieur de l'homme tombé à terre, avait sphacélé tous les téguments de cette région externe, depuis le trochanter jusqu'à la malléole. L'escharre détachée laissait à nu l'articulation du genou non ouverte. D'innombrables décollements sous-cutanés intermusculaires faisaient de tout le membre une véritable éponge inprégnée de pus.

De plus le blessé présentait, depuis la veille, du trismus; depuis le jour même de la contracture des muscles de la nuque et du dos. Des secousses tétanoïdes très douloureuses agitaient le membre traumatisé. Température : 40°5. Un tétanos s'annonçait à allures très aiguës. Il eut fallu, pour supprimer le foyer local, désarticuler la cuisse. Je n'osai pas risquer cette grave intervention qui eût vraisemblablement amené une mort rapide, voire immédiate.

Je chloroformai le malade, et j'incisai et drainai une douzaine de fusées superficielles et profondes, tant à la jambe qu'à la cuisse.

Le blessé était soigné dans un petit pavillon, au milieu d'un jardin. Je le plaçai dans le silence et l'obscurité et lui fis administrer chloral et morphine pour le maintenir dans la somnolence. Puis je m'astreignis à lui faire matin et soir pendant plus d'une semaine une large injection dans tous les foyers dans lesquels je faisais passer, à chaque séance de lavage, huit à dix litres d'eau phéniquée. J'avais choisi cet agent de préférence au sublimé, parce que, du liquide de lavage devant forcément séjourner dans les innombrables anfractuosités suppurantes, je redoutais l'intoxication mercurielle.

Comme ces pansements douloureux réveillaient les secousses, durant quatre jours je chloroformai le blessé matin et soir; ce qui prouve que la chloroformisation n'est pas aussi dangereuse qu'on l'a dit chez les tétaniques. Il est vrai que quelques bouffées de chloroforme suffisaient à endormir le patient, continûment narcotisé par le chloral et la morphine.

Les accidents ne tombèrent pas tout de suite. Le second jour du traitement le trismus persistait : le dos était courbé en opistothonos. Température 40°. Ce ne fut qu'à la fin du troisième jour qu'une détente se produisit. Le sixième jour les contractures tétaniques cessèrent; la température descendit à 39°; et le malade guérit lentement de ses vastes fusées au milieu de péripéties dans le détail desquelles je n'entre pas.

Ce fait montre bien l'extrême utilité du traitement local, même dans des cas où il pourrait paraître absolument illusoire. Chez notre vitriolée j'ai fait faire chaque jour par l'externe spécial un lavage méticuleux des plaies de la face et du cuir chevelu, et des conduits auditifs externes. Mais, quoique le tétanos semblât d'allure chronique et par conséquent moins grave, et bien que les surfaces à désinfecter fussent moins étendues et moins profondément situées, ces pansements quotidiens n'ont pu empêcher l'action fatale du poison microbien.

Vous êtes peut-être surpris, Messieurs, de ne m'avoir point encore entendu parler du traitement sérothérapique, et de ne me l'avoir point vu administrer dès le premier jour. Sans vouloir vous faire de la question un exposé dogmatique complet qui sort de ma compétence, je vous rappelle les principes généraux de la sérothérapie.

Les toxines microbiennes peuvent être inoculées à très petites doses régulièrement croissantes à des animaux sans les tuer, parfois à la condition d'atténuer l'intensité du poison à l'aide de quelque substance chimique. L'on arrive ainsi à habituer peu à peu l'organisme à des doses considérables de toxine. Les animaux ainsi mithridatisés (on comprend aisément le sens de cette expression métaphorique empruntée aux souvenirs de l'antiquité classique), peuvent recevoir des doses dix à vingt fois plus fortes que celle qui les aurait tués si on la leur avait inoculée d'emblée. Leurs cellules, leurs globules sanguins habitués au poison, ne sont plus impressionnés par lui. Et cette immunisation acquise par l'accoutumance dure longtemps, plusieurs semaines, plusieurs mois après que l'on a cessé les inoculations mithridatisantes. Pour le tétanos, Behring et Kitasato immunisèrent en 1890 des animaux en leur inoculant des cultures de bacille de Nicolaïer atténuées par le trichlorure d'iode.

Eh bien le sérum des animaux ainsi immunisés est lui-même immunisateur. Mélangé aux toxines *in vitro* ce sérum neutralise leur toxicité ; inoculé pur à des animaux il les rend réfractaires aux toxines. C'est là le principe de la sérothérapie. Comment ce sérum agit-il ? On a cru d'abord que c'était par la présence dans le sérum d'une substance particulière, d'un *antitoxine*. Mais il paraît plus probable que c'est plutôt en imprimant aux cellules organiques une hypéractivité vitale, une puissance de résistance analogue à celle que produit la mithridatisation directe. Quand le sérum antitoxique peut être inoculé avant que les toxines microbiennes aient impressionné et détruit les cellules vivantes, l'action du sérum est curative ; tel est le cas de la sérothérapie antidiphtéritique. Quand au contraire la sérothérapie n'est appliquée que lorsque les toxines ont déjà exercé leurs ravages sur les tissus, l'action curative est nulle ; tel est le cas du tétanos. Le sérum antitétanique est prophylactique, les expérimentations sur le cheval l'ont démontré, mais il n'est que cela, il n'arrive pas à temps pour neutraliser l'empoisonnement déclaré, il échoue dans le tétanos aigu. Dans le tétanos chronique qui d'ailleurs peut guérir et guérit assez souvent tout seul, il semble accélérer parfois la guérison.

Je dois dire cependant que mon excellent confrère le docteur Bombard, de Solesmes, avec lequel je causais de la question, m'a communiqué un cas de tétanos guéri dans lequel la sérothérapie paraît avoir eu une véritable action d'enraiement rapide des convulsions. Voici du reste cette observation rédigée sur ma demande par M. Bombard.

X...., 59 ans, potier à Solesmes, que je vois le 6 juillet 1896, me raconte qu'il mange difficilement parce qu'il ne peut plus écarter les mâchoires. Le 26 juin, le malade s'était fait une écorchure à l'orteil, aujourd'hui guérie. Or, X...., pour préparer ses poteries, gâche avec ses pieds nus une terre spéciale. Le 8 juillet, les symptômes s'accentuent, les jambes sont raides. Température 40°, pouls 140. 10 juillet, orthotonos et raideur absolue. Chloral et morphine à haute dose. 12 juillet X.... est sans cesse traversé par des douleurs en éclair que réveille le moindre mouvement. Raideur de tout le corps ; on soulève le malade d'une seule pièce, comme une planche. Température 41°, pouls 145. Morphine 12 centigrammes, chloral 20 grammes.

13 juillet. M. le docteur Calmette, auquel j'ai écrit, me dit que le sérum antitétanique n'est pas curatif, mais que je puis faire une injection sans danger. A huit heures du matin, je fais une injection de 10 centimètres cubes. Vers midi, le malade est plus calme ; à deux heures, il repose un peu pour la première fois depuis huit jours. Température 40°. Je fais une seconde injection à quatre heures du soir. Vers minuit je trouve mon malade endormi ; on me dit qu'il est beaucoup plus calme.

14 juillet, le malade est calme et a moins de douleurs fulgurantes. Chloral, morphine.

15 juillet, nuit moins bonne. Les douleurs et la raideur des jambes ont reparu. Le 16 juillet, la nuit a été très agitée, la température est remontée à 41°. A huit heures du matin, troisième injection de sérum de 10 centimètres cubes. C'est seulement vers le soir qu'une légère amélioration se produit, mais cette fois elle est définitive et s'accentue les jours suivants sans nouvelle injection. Je continue la morphine et le chlo-

ral en diminuant progressivement les doses jusqu'au 31 juillet où je les cesse complètement ; le malade est guéri.

L'amélioration des symptômes après les trois injections de sérum a été chaque fois des plus nettes. Je dois ajouter qu'après chaque injection il y a eu de l'anurie absolue pendant vingt-quatre heures et des douleurs à la miction durant plusieurs jours.

Je fus beaucoup moins heureux dans le cas qui nous occupe. Huit jours pleins s'étaient écoulés depuis l'invasion du tétanos chez notre vitriolée. Voyant les symptômes convulsifs rester stationnaires et la température s'élever d'un degré, de 37° à 38, je commençai, sur l'avis de notre savant collègue, M. Calmette, les injections quotidiennes de vingt centimètres cubes de sérum antitétanique. Les deux premiers jours, malgré la persistance et même l'augmentation de l'hyperthermie laquelle d'ailleurs n'était pas excessive, il semble y avoir quelque détente dans les contractures. La malade boit mieux, peut sortir un peu la langue, la nuque est moins rigide. Mais l'atténuation des symptômes fut passagère. Au bout de deux jours les secousses spasmodiques augmentent d'intensité et de fréquence. Agitation presque continue. Cris incessants. Le 17 novembre, à midi, je la trouve raide et sans connaissance. Elle meurt brusquement dans l'après-midi.

L'autopsie, faite par le professeur Curtis, révéla seulement une congestion énorme du poumon. Piqueté congestif du cerveau.

Tous nos soins ont donc été impuissants. Et cependant, Messieurs, je vous répète en guise de conclusion que, quoique terriblement grave, le tétanos peut et doit être combattu pied à pied. Il ne faut pas se laisser aller au découragement en invoquant l'inutilité probable de l'effort. Si vous luttez intelligemment et avec une persévérance infatigable, même dans les cas aigus, hyperthermiques, réputés fatalement mortels, il vous arrivera de sauver sur dix cas, peut-être un malade. Ce sera votre récompense. Malgré mon admiration pour les doctrines pastoriennes et ma foi dans les résultats qu'elles nous réservent à l'avenir, je dois dire, sans vous détourner le moins du monde de l'emploi de la sérothérapie, que jusqu'ici les rares succès obtenus l'ont été par les vieilles méthodes thérapeutiques : isolement du malade dans la chaleur, le silence, l'obscurité ; narcose continue par le chloral et l'opium à doses massives ; enfin et surtout suppression, si possible, du foyer toxigène, en tout cas désinfection incessante, minutieuse de ce foyer. Tout cela en attendant la découverte de quelque sérum héroïque à laquelle nous applaudirons de grand cœur.

Cette leçon clinique était rédigée lorsque a paru, dans la *Presse médicale* du 18 juin, une observation de MM. Chauffard et Quénu de tétanos traumatique guéri à la suite d'injection intracérébrale de sérum antitétanique, pratiquée au moyen d'une double trépanation. C'est l'application à l'homme d'une méthode expérimentée avec succès sur les animaux par MM. Roux et Borrel.

Les choses se sont passées chez le malade observé comme elles se passent dans les expériences. Les contractions ont été comme fixées sur place, immobilisées dans leur siège et n'ont disparu que tardivement quand a été épuisée l'action de la toxine sur les neurones atteints. Mais, du jour où l'injection intracérébrale a été pratiquée, aucune extension du processus ne s'est faite sur de nouveaux territoires nerveux. Seulement, comme l'on a eu recours simultanément à de multiples injections sous-cutanées de sérum antitétanique, à de larges injections de sérum artificiel, à des désinfections répétées des plaies tétanigènes, le fait n'est pas absolument probant. Néanmoins, il y a là une sérieuse espérance que des faits nouveaux viendront peut-être bientôt confirmer.

L'idée d'aller porter directement sur la substance nerveuse attaquée par la toxine tétanique l'action incontestable du sérum spécial, cette idée, toute hardie qu'elle soit, est absolument rationnelle ; et je suis pour ma part tout prêt à l'appliquer si l'occasion s'en présente.

Note sur une variété anormale de tuberculose pleuro-pulmonaire

par le Docteur **P. Desoil**, chef de clinique médicale à la Faculté.

La question de l'étiologie des pleurésies est à l'ordre du jour depuis plusieurs années. Les études récentes d'anatomie pathologique et de bactériologie expérimentale, ont nettement fixé les rapports étroits de genèse qui existent entre les lésions de la plèvre et la tuberculose ; et il est maintenant à peu près démontré que toutes les pleurésies sérofibrineuses primitives sont fonction de tuberculose.

Germain Sée, Leudet, Kelsch et Vaillard, admettent déjà en 1886 et 1890 que le plus grand nombre des pleurésies sont d'origine tuberculeuse. De son

côté, LANDOUZY professe que toutes les pleurésies franches à épanchement sérofibrineux sont tuberculeuses, sauf celles qui peuvent se réclamer d'une cause tangible : par exemple de la présence dans l'exsudat d'un microorganisme autre que le bacille de KOCH. (pneumocoque, streptocoque, bactérium coli, etc.) Plus absolu encore dans ses déclarations, LE DAMANY, dans une communication récente à l'Académie de Médecine (Novembre 1897), admet que toutes les pleurésies primitives sont de nature tuberculeuse, même celles qui renferment d'autres microorganismes.—« La présence de ces microbes n'est alors qu'accidentelle ou secondaire ; leur rôle est nul dans le développement de l'épanchement ; le bacille de KOCH est seul l'agent pathogène immédiat de la formation de sérosité. »

Cette doctrine de la spécificité des épanchements séreux primitifs de la plèvre, est étayée sur de nombreux arguments, tirés de l'anatomo-pathologie, de la clinique, et surtout de la bactériologie. Ces preuves sont bien connues et nous n'avons pas à les rappeler. Si donc, partant de cette idée, nous envisageons les suites des pleurésies et l'avenir des pleurétiques, voici dans quel sens il convient d'interpréter les faits cliniques pour trouver une confirmation à la théorie (1).

Il y a deux suites possibles aux pleurésies :

A) Tantôt la pleurésie *guérit complètement*. L'individu retrouve après la maladie toute sa validité ; il n'est ni plus ni moins tuberculeux qu'avant. Il s'agit alors d'une tuberculose locale de la plèvre, spontanément curable. Les nodules tuberculeux de la plèvre n'ont pas de tendances évolutives. Ils se forment et meurent sur place sans ensemencer les parties voisines.

B) Tantôt, au contraire, la pleurésie est *phtisiogène*, c'est-à-dire que la tuberculose continue sa marche progressive, et que le malade, peu à peu, succombe aux progrès de la consomption.

b) L'évolution tuberculeuse peut se faire exclusivement aux dépens de la plèvre *(phtisie pleurale)*. Dans ce cas, au lieu de se terminer par la guérison, au bout de quelques septenaires, la pleurésie persiste avec tous ses caractères : fièvre intense, sueurs profuses, amaigrissement rapide, épanchement abondant se reproduisant après chaque ponction, devenant parfois séropurulent ou hémorrhagique. La mort survient assez rapidement par l'épuisement, sans que la tuberculose ait envahi aucun autre organe.

b') L'évolution tuberculeuse peut gagner le poumon. C'est la forme la plus habituelle *(phtisie pleuropulmonaire)*. Tantôt les lésions pulmonaires sont tardives ; elles ne se développent qu'après la disparition des phénomènes pleuraux. Les malades paraissent guéris de leur pleurésie, mais, quelque temps après, se mettent à tousser et l'on assiste ainsi à l'éclosion de la tuberculose pulmonaire.

Tantôt la tuberculose pulmonaire et la tuberculose pleurale ont une origine contemporaine et une évolution successive. Déjà au cours de la pleurésie, les lésions pulmonaires sont en voie de formation : si on examine le sommet du poumon dans la région susclaviculaire, on trouve le schème de GRANCHER, dit schème de congestion (augmentation de la sonorité et des vibrations, diminution du murmure) ce qui indique un processus de condensation pulmonaire dépendant de la spécificité. Ces lésions continuent à évoluer pour leur compte, que la pleurésie se termine ou non par la résolution.

Dans l'une ou l'autre forme, on peut avoir affaire soit à une tuberculose à marche rapide, granulique ; soit simplement à la forme commune tripériodique.

Il est à remarquer, que dans les deux cas, il y a généralement observance de la loi de LOUIS, c'est-à-dire que les tubercules se développent primitivement aux sommets des poumons, gagnant de là, progressivement, les lobes inférieurs ; et qu'ils sont à ces sommets, à un stade plus avancé qu'aux bases.

Si l'on tient compte de ce fait, que la pleurésie franche primitive, intéresse habituellement la plèvre des lobes moyen et inférieur du poumon, on voit que l'infection pulmonaire secondaire ou contemporaine à cette infection pleurale, ne se fait pas par continuité mais se fait au contraire à distance et résulte probablement d'un processus d'infection sanguine. Ceci explique très bien certains faits bien connus de tuberculose pleuro-pulmonaire croisée, où l'épanchement pleural se complique de tuberculose pulmonaire du côté opposé, avec intégrité spécifique du poumon du même côté.

Le mode de contamination dans ce cas, est donc tout différent de celui de ces pleurésies partielles qu'on voit si souvent développées secondairement, autour de nodules pulmonaires infiltrés ou ramollis, et où il s'agit de propagation directe des granulations tuber-

(1) Nous ne parlons bien entendu que des pleurésies sérofibrineuses primitives, c'est-à-dire celles qui frappent l'individu en bonne santé ; nous laissons de côté les pleurésies survenant au cours d'une tuberculose pulmonaire et dont l'étiologie n'est pas contestable.

culeuses, d'un lobe pulmonaire à la plèvre enveloppante.

Toutefois, il n'est pas de loi sans exception ; et nous allons justement rapporter une observation de phtisie pulmonaire succèdant à une pleurésie séreuse primitive, où le processus de tuberculisation du poumon ne s'est pas fait suivant la règle précédente. Il s'agit ici d'une pleurésie aiguë séro-fibrineuse du lobe inférieur gauche, terminée lentement et en plusieurs mois, par résorption de l'exsudat, mais avec formation d'adhérences et rétraction de la paroi.

Dans cette observation, l'infection pulmonaire, au lieu de débuter par les sommets, s'est faite *primitivement*, dans les portions pulmonaires avoisinant la plèvre malade, c'est-à-dire dans le lobe inférieur gauche. Il y a donc eu ici ensemencement direct, et de proche en proche de la périphérie vers la profondeur, de toutes les parties en rapport. Malgré cette localisation anormale, le processus tuberculeux a suivi ses étapes habituelles. Ce lobe inférieur s'est d'abord infiltré, puis ramolli et enfin excavé de petites cavernules ; en même temps les granulations ont envahi par voie ascendante le lobe supérieur puis l'autre poumon, et la malade est morte assez rapidement de généralisation tuberculeuse avant que l'on ait pu constater aux sommets de lésions à la troisième période.

Cette observation constitue donc, en raison de ce mode exceptionnel de développement et de propagation des lésions, presqu'une variété nouvelle de tuberculose pleuropulmonaire. A ce titre, elle est intéressante et mérite d'être exposée en détail.

Observation. — Elise V. ., 33 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Combemale, le 10 janvier 1898, et y meurt le 18 avril 1898.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 64 ans d'hernie étranglée Mère âgé de 62 ans, bien portante. Un frère soldat et deux sœurs bien portantes. Pas d'antécédents tuberculeux dans la famille.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade avant l'affection actuelle. S'est mariée à 22 ans et a eu huit enfants en 10 ans, quatre enfants sont bien portants, quatre autres sont morts en bas-âge, de misère et d'athrepsie. Elle-même, depuis son mariage, s'est affaiblie et surmenée par ses grossesses successives, par la misère physiologique et aussi par des habitudes d'intempérance (s'alcoolisait quotidiennement).

Histoire de la maladie. — Cet organisme débilité par les privations, les fatigues et les excès, devient un excellent terrain de développement pour la tuberculose.

En mars 1897, trois semaines après sa dernière couche et à peine relevée de son lit, la malade est prise de fièvre, de frissonnements et bientôt d'un point de côté à gauche sous le sein, avec gène respiratoire assez prononcée. Malgré cela, elle peut encore vaquer à ses occupations, et, moitié levée, moitié couchée, s'occupe tant bien que mal de l'entretien et de l'alimentation de ses enfants.

Au bout d'une quinzaine de jours, le malaise augmentant, et se trouvant presqu'incapable de quitter le lit, la malade nous appelle chez elle et nous constatons l'existence d'un épanchement dans la plèvre gauche remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, n'intéressant pas par devant l'espace de Traube. Cet épanchement se traduisait cliniquement par les signes sthétoscopiques classiques : matité hydrique avec voussure manifeste ; disparition des vibrations, abolition du murmure, souffle doux, pectoriloquie et égophonie.

Au sommet gauche, respiration rude compensatrice, sans râles, avec sonorité légèrement skodique. Pas de schème de congestion. Mêmes signes au poumon droit, mais atténués.

Rien au cœur, rien du côté des autres organes.

Pendant une quinzaine de jours la température oscille entre 38°5 et 39 5 ; puis la défervescence se fait lentement, mais avec des montées vespérales à 38° ou 38 5. La matité baisse et n'atteint plus que l'angle de l'omoplate, le souffle disparaît.

L'état général redevient un peu meilleur, la malade se lève et prend quelques aliments ; mais la gène respiratoire et le point de côté restent. Nous décidons alors de faire une ponction évacuatrice pour diminuer la quantité de liquide épanché et en favoriser la résorption.

Le 18 avril 1897, avec l'aspirateur Potain, nous retirons de la plèvre, à peu près 950 gr. de liquide sérofibrineux. Ce liquide est ensemencé sur gélose et bouillon ; et une inoculation de 2cc est faite dans le péritoine d'un cobaye. Les cultures restent stériles et le cobaye ne réagit pas. Malgré ces résultats négatifs (1) nous pensons cependant à une pleurésie tuberculeuse, à cause des conditions toutes particulières du terrain, à cause du développement insidieux, des phénomènes réactionnels peu accusés, de la lenteur de l'évolution et de la durée de l'épanchement.

Et, de fait, l'évolution ultérieure de la maladie, vient confirmer cette hypothèse.

Malgré la ponction, le liquide se reforme rapidement et persiste encore pendant plus d'un mois, tout en diminuant petit à petit.

Enfin en juin, les ponctions exploratrices restent sèches ; la voussure a disparu et on perçoit à l'auscultation quelques frottements. Cependant la sonorité pulmonaire et le murmure respiratoire ne reparaissent pas. Il y a donc formation de fausses membranes dans la cavité pleurale.

(1) Les récentes expériences de Le Damany, ont montré qu'il était quelquefois nécessaire d'injecter dans le péritoine des cobayes de grandes quantités de liquide pleural pour obtenir le développement d'une tuberculose péritonéale expérimentale et que les expériences négatives étaient souvent dues à une faute de technique.

Ces fausses membranes s'organisent et entrent en coalescence. Il se fait ainsi de la symphyse pleurale, avec rétraction progressive de la paroi thoracique depuis la base jusque l'angle de l'omoplate.

Pendant toute cette période, la malade a retrouvé une certaine apparence de santé. Elle a quitté la chambre, et s'est remise à ses occupations antérieures; mais l'état général n'est pas redevenu ce qu'il était auparavant; la malade reste amaigrie, mangeant mal, dyspnéique, essoufflée au moindre effort. Elle éprouve du côté gauche une gêne presque continuelle.

En septembre 1897, le point de côté augmente, la malade se met à tousser, la fièvre et les sueurs reparaissent en accès vespéraux; l'appétit tombe tout à fait.

Nous la voyons en octobre, et à l'auscultation, nous constatons à la région moyenne du poumon gauche, à la limite de la zone silencieuse, de la respiration soufflante avec des râles secs; et quelques jours après un véritable souffle tubaire avec bronchophonie, exagération des vibrations, râles crépitants et sous-crépitants fins descendant dans tout le lobe inférieur.

Il s'est évidemment fait dans ce lobe une zone de congestion, puis de bronchopneumonie tuberculeuse, par ensemencement direct de granulations tuberculeuses venues de la plèvre et ensemençant de proche en proche les lobules pulmonaires voisins.

Afin d'éliminer toute autre hypothèse, nous faisons à plusieurs reprises des ponctions exploratrices qui restent sèches. Il s'agit donc bien cette fois de phénomènes pulmonaires et non pleuraux.

Notons qu'à cette époque les sommets des poumons n'étaient encore le siège d'aucune modification pathologique. Au sommet gauche seulement, une respiration un peu rude.

Cet état de choses amène une aggravation de l'état général. Bien que n'ayant pas de phénomènes réactionnels très bruyants en rapport avec les lésions bronchopneumoniques, la malade est minée par une fièvre quotidienne et par des sueurs profuses; elle est de plus en plus oppressée, sans appétit, et alitée la plupart du temps.

En novembre, les râles fins sont remplacés par des râles plus gros et humides, couvrant les deux temps de la respiration, répondant évidemment à un processus de ramollissement et de suppuration des produits d'exsudation alvéolaire. L'expectoration jusqu'alors insignifiante, devient plus abondante; les crachats sont purulents et renferment des bacilles de Koch en abondance.

Puis les lésions se complètent et s'étendent (décembre). Le lobe inférieur s'excave (râles métalliques, souffle caverneux). Le lobe supérieur et le sommet gauche s'infiltrent à leur tour et se ramollissent, et l'on perçoit des craquements humides couvrant le murmure respiratoire.

Enfin à droite on constate déjà du souffle aux deux temps et quelques râles secs.

Dans les premiers jours de janvier, la malade devenue tout-à-fait impotente, incapable de quitter son lit, se fait admettre à l'hôpital et est reçue dans le service de M. le professeur Combemale, salle Sainte-Angèle, n° 2.

On constate alors, à l'examen de la poitrine :

— A gauche, à la base, retrait de la paroi thoracique, matité et abolition des vibrations, silence respiratoire.

A la région moyenne, signes de cavernes : augmentation des vibrations, râles à tintement métallique, gargouillement, souffle caverneux.

Au sommet, submatité, craquements humides, diminution du murmure.

Par devant, submatité, respiration soufflante et râles humides.

— A droite, au sommet, par devant et derrière, inspiration rude, souffle expiratoire et craquements disséminés.

En février et mars, la consomption fait de rapides progrès: la malade est en proie à la fièvre hectique avec des sueurs visqueuses; l'amaigrissement est énorme, le système musculaire présente une atrophie considérable. La dyspnée est excessive; il existe une abondante expectoration nummulaire et purulente, où l'on trouve du bacille de Koch associé à toute une flore microbienne. L'appétit est totalement perdu; la bouche est sèche, rouge, desquamée, parfois couverte de muguet La diarrhée s'établit rebelle à toute médication. Il se fait de la tuberculose laryngée avec perte de la voix et dysphagie douloureuse.

Enfin en avril surviennent de l'œdème cachectique, une escharre sacrée et des troubles de myocardite; et le 18 avril la malade meurt presque subitement dans une syncope cardiaque.

A ce moment, outre les signes sthétoscopiques du poumon gauche, restés sensiblement les mêmes, le poumon droit, dans toute sa hauteur, est rempli de râles humides, répondant à un processus de ramollissement n'allant pas cependant jusque l'excavation, car l'auscultation ne révélait aucun signe de caverne.

L'autopsie de la malade n'a pu malheureusement être faite. Elle aurait été intéressante parce qu'elle aurait permis de vérifier plus exactement la topographie des lésions reconnues à l'auscultation. A défaut de ce contrôle anatomique, il reste cependant le témoignage, suffisamment précis et probant, des signes sthétoscopiques en faveur de l'hypothèse précédemment émise.

Note bactériologique sur un cas de rhumatisme articulaire subaigu (1)

par le docteur G. Carrière,
agrégé de la Faculté de médecine de Lille.

J'ai observé, dans le service de M. le professeur Combemale, un jeune homme de 22 ans, cuisinier, entré à l'hôpital pour point de côté gauche avec malaise général.

On reconnut à son entrée qu'il était porteur d'un épanchement pleurétique du côté gauche, peu abondant, et dont la nature nous restait inconnue.

(1) Communication à la Société de Biologie, séance du 9 juillet 1898.

Quelques jours après il se plaignit des articulations tibio-tarsiennes au niveau desquelles on ne notait cependant aucun signe anormal. Il n'y avait pas de fièvre et la température restait aux environs de 37°8. Le coude droit se prit à son tour, et en présence de ces symptômes, M. le professeur COMBEMALE pensa qu'il s'agissait d'une pleurésie rhumatismale.

Je recueillis avec toutes les précautions habituelles, dans la veine céphalique, deux centimètres cubes de sang qui fut réparti largement dans des tubes de bouillon aérobie et anaérobie. Tous les tubes aérobies sont restés stériles, deux tubes anaérobies (sur dix) ont donné au contraire des cultures pures d'un micro-organisme qu'une étude attentive me permit de considérer comme identique à celui que MM. ACHALME et THIROLOIX ont récemment décrit dans le rhumatisme articulaire.

La ponction de la cavité pleurale faite à l'aide de la seringue de PRAVAZ, donna deux centimètres cubes d'un liquide séro-fibrineux, citrin, que j'ensemençais de la même façon. Tous mes tubes aérobies sont restés stériles, deux tubes anaérobies (sur quatre) ont donné des cultures pures du même bacille.

Une ponction de l'articulation du coude droit donna une goutte de sérosité, qui, ensemencée en milieu aérobie et anaérobie, ne donna que des résultats négatifs.

Je n'insiste pas sur les caractères morphologiques du micro-organisme que j'ai isolé : ceci fera l'objet d'un prochain travail.

Je me borne à attirer seulement l'attention sur ce fait que j'ai trouvé le bacille d'ACHALME-THIROLOIX dans le sang et le liquide d'un épanchement pleurétique d'un sujet atteint de rhumatisme articulaire *subaigu*, où on ne le trouve qu'exceptionnellement. C'est le second exemple de la présence du micro-organisme décrit par ces auteurs, dans le liquide d'un épanchement pleurétique.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCES DE THÈSE

M. D.-J.-G. MAKEREEL, d'Hazebrouck (Nord) a soutenu, le lundi 11 juillet, sa thèse de doctorat (5me série, n° 87), intitulé : **Congestions et splénopneumonie grippales.**

— M. I.-L. M. HUYGHE, de Bailleul (Nord) a soutenu, le vendredi 15 juillet, sa thèse de doctorat (5me série, n° 88) intitulée : **L'ataxie aiguë.**

— M. A. SOUGNIEZ, de Condé (Nord), licencié ès-sciences naturelles, a soutenu le vendredi 15 juillet, sa thèse de doctorat (5me série, n° 86) intitulée : **Du rôle de l'hyperchlorhydrie dans la formation des lésions stomacales et la production des hématémèses ; production expérimentale de l'ulcère rond.**

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

27e SEMAINE DU 3 AU 9 JUILLET 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	3	5
3 mois à un an	5	7
1 an à 2 ans	5	1
2 à 5 ans	2	2
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	4	4
20 à 40 ans	9	9
40 à 60 ans	4	9
60 à 80 ans	6	9
80 ans et au-dessus	2	3
Total	40	49

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	4	2	»	1	»	»	2	»	»	»	1	»	9	19	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	2	»	»	1	»	»	»	»	»	6	13	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	1	2	2	»	»	1	»	»	»	»	»	7	15	25
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	1	»	3	8	9
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	5	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	»	4	6
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	1	6	»	»	1	»	»	3	14	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	7
Total	»	3	»	1	»	»	»	7	6	5	10	»	1	17	»	»	1	2	»	36	89	109

Lille — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 80. Deuxième Année, N° 30. Le Numéro : **10** centimes. 24 Juillet 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT
5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 *fr. par an.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Le terrain de l'aliénation mentale, par le docteur **P. Kéraval.** — FAITS CLINIQUES : Hernie crurale étranglée ; Réduction au bout de trente heures ; Mort par péritonite, par le docteur **O. Lambret.** — Analyses ; livres. — **Nouvelles et informations.** — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Henri MONOD rappelle à l'**Académie de médecine** que la déclaration des maladies contagieuses constitue une excellente mesure. De 23,414 en 1896, le chiffre des déclarations s'est élevé à 24,000 en 1897. M. FERRAND, peu enthousiaste pour cette formalité, la compare à la déclaration des naissances et pense qu'elle devrait être faite par la famille. Pour un grand nombre de médecins, c'est là lettre morte : il est probable que beaucoup de cas de déclaration relevés par les statistiques ont été simplement notés en se basant sur les désinfections demandées.

⁂ M. AUCLAIR établit sur de nombreuses expériences que la pneumonie caséeuse est due exclusivement aux toxines du bacille de KOCH. Elle semblait, pour tous les auteurs, constituer un processus mixte où les streptocoques et les pneumocoques jouaient un très grand rôle. Si on injecte dans la trachée de cobayes des extraits éthérés ou chloroformiques de cultures de bacilles tuberculeux, on peut produire une pneumonie caséeuse avec cellules géantes, exsudat fibrineux, sclérose, etc. Si on ensemence les foyers caséeux ainsi obtenus, on ne peut avoir aucune culture. Il ne peut rien exister de plus probant en faveur de l'unité de la tuberculose.

⁂ On n'a pas oublié les récents travaux de M. CORNIL sur la régénération des muqueuses. Le même auteur a établi sur nouveaux frais des expériences portant, chez le chien, sur la vessie, la vésicule biliaire, la muqueuse utérine et l'uretère. La muqueuse utérine se régénère par ses glandes d'une manière spéciale. Dans l'uretère, il se fait une greffe des cellules superficielles par un processus analogue à la décalcomanie. Les faits mis en lumière par M. CORNIL sont d'une très haute importance au point de vue de l'anatomie générale.

C'est une opinion acceptée de tous, que le facial supérieur est respecté dans l'hémiplégie. M. MIRALLIÉ, à la **Société de Biologie**, prétend que dans les cas où le facial inférieur est atteint, le facial supérieur l'est aussi, quoique à un degré beaucoup moindre. Les rides du front sont moins marquées de ce côté et surtout les mouvements du sourcil sont bien plus difficiles.

⁂ M. ROGER montre que l'artichaut, comme milieu de culture en microbiologie, permet d'obtenir des colorations spéciales pour certains microbes. Ainsi, le bacille typhique donne une culture invisible à l'œil nu, tandis que le coli produit une coloration verte. Le subtilis donne une coloration vert pomme et la bactéridie charbonneuse une coloration blanche. Le prodigiosus, ensemencé sur l'artichaut et mis à l'étuve, prend

une teinte verte. S'il est, au contraire, laissé à la température extérieure, il donne sa coloration rouge ordinaire. Cette matière verte résulte probablement de l'oxydation par le microbe d'une substance que contient l'artichaut : on peut l'extraire par l'eau bouillante.

*** M. CARNOT a constaté que l'addition de tuberculine aux milieux de culture ordinaires hâte beaucoup le développement initial des cultures de tuberculose. Une grande quantité de tuberculine joue un rôle tout à fait opposé.

MM. JACQUET et DU PASQUIER présentent à la **Société médicale des hôpitaux**, un adulte exceptionnellement vigoureux, porteur d'un ulcère polycyclique de la région xiphoïdienne. Dans le pus de cette ulcération, ils ont trouvé des bacilles de KOCH en grand nombre. C'est une tuberculose cutanée secondaire à une ostéopériostite sternale : il a suffi de faire des pansements à l'eau bouillie pour en amener la cicatrisation, mais il est bien probable que pour prévenir la récidive il faudra employer les scarifications ou la cautérisation ignée.

*** On sait que, chez les malades porteurs de grands épanchements de la plèvre gauche, le cœur, déplacé, bat à droite du sternum. M. BARD soutient que, dans ces cas, le cœur est déplacé en masse sans que la direction de son axe soit modifiée et que c'est la base, et non la pointe, qui bat à droite du sternum. M. BÉCLÈRE a pratiqué l'examen radioscopique du thorax d'un malade de trente ans, porteur d'un empyème de cinq litres et demi. Le cœur battait à droite dans les deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième espaces intercostaux. Le côté gauche se montrait entièrement opaque : l'ombre du cœur à droite témoignait d'une façon évidente qu'il s'agissait de la base. Les rayons de RŒNTGEN viennent donc de mettre hors de doute l'opinion de M. BARD. Chez le même malade, quelques jours après la ponction, un pneumothorax s'est produit. Une seconde radiographie montra, en ce moment, l'ombre du moignon pulmonaire rétracté vers le hile, ce que ne pouvait faire aucun autre mode d'investigation.

*** MM. JEANSELME et RABÉ ont eu l'occasion d'observer une jeune femme hystérique, chez laquelle les manifestations de la névrose présentaient, avec des crises de coliques hépatiques, une étroite subordination. A l'âge de dix ans, une première attaque de lithiase provoque une première crise d'hystérie ; depuis lors toutes les causes qui ramènent des accès de lithiase hépatique réveillent invariablement des crises d'hystérie. Celle-ci a groupé ses manifestations sur la moitié droite du corps et plus spécialement dans les régions qui sont le siège des irradiations douloureuses de la colique. Dans une crise vue par les auteurs, toute la région scapulo-humérale était le siège d'une douleur intolérable ; des arthralgies d'intensité moindre siégeaient au coude et au poignet. Tout le côté droit, moins le membre inférieur était hypéresthésié : au niveau des organes des sens, cette hypéresthésie s'associait à de l'anesthésie sensorielle : aussi, l'œil droit dont la conjonctive était douloureuse au moindre contact, était atteint d'amblyopie. Une hyperémie avec hyperthermie était superposée à cette zone : le bras droit était immobilisé par une véritable impuissance motrice. Après une quinzaine de jours, tout disparut brusquement. Cette observation justifie la loi générale suivante : l'hystérie locale se fixe au niveau ou au voisinage du point d'application du traumatisme (hystéro-traumatisme interne dans le cas présent).

A la **Société d'Obstétrique**, la discussion revient sur la dystocie par l'anneau de Bandl.

Pour M. BOISSARD, la contraction de l'anneau de Bandl ne se produit jamais dans les présentations longitudinales avec poche des eaux intacte, tout au moins il ne l'a jamais observé. Les conditions ordinaires de la formation de l'anneau de Bandl sont les présentations transversales avec poche des eaux rompue depuis longtemps.

M. BAR est du même avis quoiqu'il ait vu des rétractions de l'anneau de Bandl dans les présentations longitudinales.

M. BUDIN a vu dans quelques cas de présentation du sommet, la rétraction se faire au-dessus de la tête et étrangler le fœtus.

*** M. TISSIER rapporte un fait de paralysie faciale d'origine centrale (par hémorragie intra-crânienne) consécutive à une mauvaise application de forceps. L'auteur attribue la rareté de ces paralysies à ce que la différenciation des éléments nerveux est très peu marquée chez le nouveau-né.

M. BUDIN conteste la rareté de ces paralysies. Il en a vu autrefois un grand nombre, avant l'emploi du forceps Tarnier. Le mécanisme est toujours le même : les cuillers du forceps n'étant pas maintenues sur la tête, il se produit un commencement de dérapage, plissement des parties molles et finalement compression du rocher, alors que la cicatrice cutanée était située bien au-dessous de l'oreille.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, MM. BIÉRENT et OUI rapportent l'observation d'une femme rachitique, à bassin légèrement vicié, chez laquelle le fœtus se présenta par la face incomplètement défléchie (présentation dite du front). A la dilatation complète, on fit la version podalique La tête dernière fut extraite par la manœuvre de CHAMPETIER DE RIBES. L'extraction en fut facile et l'enfant naquit vivant. M. OUI fait remarquer que, dans ce cas, on renonça à produire la transformation de la présentation du front en sommet, à cause du rétrécissement pelvien qui pouvait amener une reproduction de la présentation vicieuse primitive. Le forceps donne souvent de très mauvais résultats dans ces accouchements par le front dans les bassins rachitiques et, dans le cas actuel, l'attitude de la famille ne permettait pas de songer à pratiquer la symphyséotomie si l engagement complet de la tête ne s'opérait pas spontanément C'est pour ces raisons que la version fut décidée, bien que les auteurs ne la considèrent pas comme le procédé de choix dans les présentations du front.

*** M. LAMBRET présente ensuite une tumeur de la vessie trouvée à l'autopsie d'une femme morte de hernie étranglée, et dont l'observation est donnée dans le numéro de ce jour. Sessile, insérée entre les deux uretères, cette tumeur avait donné lieu à une hématurie pour laquelle un curettage vésical incomplet avait été pratiqué.

M. LAMBRET présente encore un maxillaire inférieur portant une tumeur datant de dix ans, qui fut enlevé avec le minimum de sang et dans le minimum de temps, chez une jeune fille de 19 ans. Il s'agit d'un ostéo sarcome très osseux, qui comprimait la langue, gênait l'alimentation, la parole ; la malade mourut peu après.

*** M. JOIRE lit une observation faisant suite à ses recherches sur l'hypnotisme dans les accouchements. Chez une primipare, il fit d'abord la suggestion d'analgésie suivie d'effet durant les contractions ; au moment du passage, la parturiente accusa de la douleur au périnée ; elle ralentissait sur ordre les contractions, aussi n'y eut-il pas de déchirure du périnée. Au réveil, la malade interrogée répondit que le moment où elle a le plus souffert c'est dans les premières contractions, mais qu'au total elle n'a pas plus souffert que dans ses périodes menstruelles.

*** M. WERTHEIMER communique les résultats d'expériences qu'il a faites, avec la collaboration de M. LEPAGE, sur l'influence du cordon cervical du sympathique sur la fréquence des battements du cœur

Sur trente-trois chiens, quinze fois l'excitation du sympathique au dessous du ganglion cervical supérieur n'a rien produit : quatorze fois il y a eu une accélération plus ou moins marquée. Cependant une augmentation de fréquence bien prononcée, de quatre à cinq pulsations en dix secondes, n'a été observée que cinq fois; dans un cas elle a été de neuf pulsations Dans quatre autres cas il y a eu un ralentissement insignifiant.

L'augmentation du nombre de pulsations pendant l'électrisation ne doit pas être attribuée cependant à la présence de fibres accélératrices, mais bien à l'excitation des filets sensibles contenus dans le sympathique cervical En effet le phénomène disparaît dans presque tous les cas, sous l'influence du chloroforme ; il persiste au contraire pendant l'anesthésie quand il a été provoqué comparativement chez le même animal par l'excitation des accélérateurs vrais.

On ne peut donc attribuer à la résection du sympathique cervical dans la maladie de BASEDOW, l'amélioration ou la guérison de la tachycardie observée à la suite de cette opération.

M WERTHEIMER expose ensuite que l'on pourrait peut-être trouver les éléments d'une explication de ces résultats favorables, dans un travail récent de CYON. Ce physiologiste a constaté que l'excitabilité du système accélérateur augmente chez l'animal auquel on a enlevé les glandes thyroïdes, de sorte que l'électrisation du sympathique qui, chez le lapin normal, n'a pas d'action sur le cœur, en accélère les battements après cette ablation. D'après CYON la perturbation de l'innervation cardiaque serait due à l'action de l'iode introduit par des voies diverses dans l'organisme, tandis que chez l'animal intact, les corps thyroïdes rendent cette substance inoffensive en la transformant en iodothyrine.

Si l'on veut admettre que dans certains cas de maladie de BASEDOW l'activité de la glande est non pas exagérée mais pervertie, qu'elle n'est plus en état de fixer l'iode, on pourrait se rendre compte ainsi de l'augmentation d'excitabilité du sympathique cervical et des effets favorables de sa résection.

Cependant cette hyperexcitabilité du sympathique cervical, observée par CYON chez le lapin, n'est peut-être pas un fait général ; dans les deux seules expériences qu'il ait faites jusqu'à présent sur le chien, M. WERTHEIMER ne l'a pas constatée.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le terrain de l'aliénation mentale

par le docteur **P. Kéraval,** médecin en chef de l'asile d'Armentières

L'étude du terrain vivant sur lequel s'est implantée une maladie est la base de la clinique. S'il est indispensable de savoir diagnostiquer une pneumonie, il est tout aussi nécessaire de connaître que la pneumonie s'est implantée sur un individu vigoureux, de parfaite santé antérieure, en complet équilibre physiologique, ou chez un pauvre souffreteux sujet à des bronchites suspectes, ou encore qu'il s'agit d'un diabétique. Le pronostic et le traitement seront, dans l'un de ces trois cas, tout à fait différents. Eh bien ! il en est de même en pathologie et en clinique mentales. Pour se rendre compte de la nature de la maladie constatée, il faut, par l'analyse, déterminer le fonds et la forme du terrain du malade. L'étude du fonctionnement matériel du système nerveux et des fonctions organiques, sur laquelle nous avons tant insisté (1), rend, dans l'espèce, de grands services, comme en pathologie ordinaire.

Mais, ce n'est pas tout. Nous puisons d'autres éléments d'investigation dans un autre genre d'observation clinique, qui nous éclaire, soit sur le mode de construction des éléments anatomiques qui président à l'activité mentale, soit sur l'état actuel des organes constitutifs des forces psychiques. Nous devons, en un mot, rechercher si le malade qui nous est soumis, porte en lui des indices de quelque trouble dans le développement, permettant, par suite, de préjuger de la construction de son système nerveux. Nous devons rechercher encore si ce même malade présente des traces d'une déchéance décelant une grave atteinte ou l'impossibilité d'une réparation.

Si nous trouvons, par exemple, des indices d'anomalies qui, accusant un trouble dans l'évolution de l'individu, permettent de conclure à la *dégénérescence*, nous sommes, par cela même, fixés sur la nature de la psychopathie constatée. Cette signature organique de l'hérédité nous éclaire mieux que des renseignements, qu'il est souvent fort délicat de demander aux familles. Si, par contre, nous relevons un signe de *régression*, témoignant de la déchéance, nous sommes, par lui, éclairé sur l'état présent de la maladie mentale que nous observons, sur son pronostic, et le sort désormais réservé au patient.

(1) Voyez *Echo Médical du Nord* 1897, n° 44, et 1898, n° 9.

Ce sont les signes de dégénérescence et les signes de déchéance qu'il importe de résumer maintenant.

En d'autres termes, deux problèmes se posent au clinicien qui examine un aliéné, en sus de ceux que nous avons antérieurement passés en revue : 1° Celui de la *constitution originelle* du terrain, au point de vue psychique, et neuropsychique, ainsi qu'au point de vue pathologique ordinaire. 2° Celui de la *constitution actuelle* du terrain, considéré encore au point de vue psychique et neuropsychique, et au point de vue pathologique ordinaire.

Toutes les considérations relatives au fonctionnement du système nerveux et des échanges organiques ont été déjà esquissées. Il nous reste à parler de la dégénérescence et de la déchéance.

1° Signes de dégénérescence. — Ces signes indiquent, avons-nous dit, que le malade est mal organisé, que son développement est imparfait, insuffisant, ou mal coordonné, et qu'il en est probablement ainsi des organes du système nerveux que l'on ne voit pas et, en particulier, de ceux qui sont en rapport avec le fonctionnement intellectuel.

Avec Morel et Magnan, on désigne sous le nom de dégénérescences, des anomalies, par déviations, excès, ou arrêts de développement, qui modifient l'harmonie ou la moyenne harmonique que l'on est le plus communément habitué à voir chez la plupart des hommes normaux. Ces anomalies portent, ou bien sur les fonctions intellectuelles, ou bien sur les appareils et organes de l'économie. Dans le premier cas, on a affaire aux *stigmates psychiques de dégénérescence*. Dans le second cas, on est en face des *stigmates physiques de dégénérescence*.

a) Stigmates psychiques. — Tout défaut d'équilibre marqué entre les facultés intellectuelles, tout manque de proportion entre ces facultés, les unes avortées, les autres normales ou exagérées, constitue un stigmate psychique de dégénérescence. Qui n'a connu de ces êtres doués d'un mécanisme intellectuel remarquable, sachant retenir, imaginer, inventer, exprimer et reproduire, mais en même temps incapables de jugement, de coordination, de volonté, de persévérance, et, par conséquent, n'aboutissant pas, de sorte que l'outil mental ne produit rien. Ces malheureux sont donc inutiles, et, qui plus est, souvent nuisibles, parce que, souvent, ils manquent de sens moral et se

laissent, en dépit de l'éducation, emporter par leurs instincts, par leurs passions, par leurs dérèglements les plus grossiers. Ce sont là des intellectuels, parfois prodigieux, qui n'arrivent à rien, parce qu'ils ne peuvent appliquer leurs forces psychiques et morales à un but continu, parce qu'ils ne savent régler leur existence personnelle et sociale. Aussi les a-t-on appelés des *dégénérés supérieurs*.

Il est d'autres personnages qui, à côté de facultés intellectuelles très développées, ou moyennes, manquent tout à fait d'autres éléments psychiques. Il en est aussi qui sont au-dessous du développement et de la pondération ordinaires des facultés mentales. Ce sont les *dégénérés inférieurs*, connus sous le nom de faibles d'esprit ou débiles, imbéciles, idiots, criminels dégénérés.

Enfin d'aucuns, en parfait état physique et mental apparent, sont tourmentés intérieurement par des obsessions torturantes, des craintes immotivées, des appréhensions brusques qui les gênent dans leurs mouvements, des doutes à répétitions qui les empêchent de s'occuper, des idées malsaines ou criminelles qui les assiègent et auxquelles ils se sentent malgré eux portés à succomber — obsessions, phobies et idées impulsives, irrésistibles, qui indiquent des lacunes et des défectuosités dans les rouages de l'appareil cérébral normalement composé de pièces actives et d'organes coordinateurs, modérateurs, régulateurs des idées comme des actes.

b) Stigmates physiques. — Les stigmates physiques de dégénérescence forment toute une échelle depuis la déviation simple, jusqu'à l'anomalie parfois monstrueuse. Nous nous bornerons à citer les principaux.

Les nains, les géants, les individus privés des attributs morphologiques apparents de leur sexe, ceux qui présentent des déviations rachidiennes et thoraciques, rentrent, à n'en pas douter, dans la catégorie des dégénérés à stigmates physiques. Ceux aussi qui sont affectés de paralysies et de contractures congénitales des membres, de tics, de difformités telles que la syndactylie, la polydactylie, le pied-bot, congénitaux, — d'insuffisances musculaires par arrêts de développement, hypertrophies impuissantes ou atrophies véritables, d'asymétries grossières des mains, des pieds, et *tutti quanti*. Exemple : ces mains à longs pouces comme celles de Troppmann, l'assassin de toute une famille, ou à doigts surnuméraires, etc.

Et ces crânes anormaux à déformations considérables qui attirent les regards les moins prévenus, tant ils sont allongés, larges, pointus, petits, irréguliers, tortueux, macrocéphales, microcéphales, orthocéphales, oxycéphales, brachycéphales, plagiocéphales extrêmes, à fontanelles et sutures ouvertes ou au contraire prématurement ossifiées, fermées !

Et ces faces dissymétriques, frappantes, dont la moitié droite ne ressemble pas à la moitié gauche, sur lesquelles on ne peut tracer le plan vertical antéro-postérieur ! Et la déformation congénitale de la voûte palatine, étroite, profonde, ou ogivale, la déviation de la cloison nasale, l'extrême saillie des zygômes, des sinus frontaux, l'amplitude et l'écart exagérés des cavités orbitaires ! Tout autant de fautes d'harmonie, voire de difformités, suggestives. Il en est de même du prognathisme ou saillie exagérée du maxillaire supérieur en avant, du progénéisme ou saillie du maxillaire inférieur en avant du maxillaire supérieur qui fait avancer les dents inférieures sur les dents supérieures, des mandibules grossières et parfois formidables, rappelant celles des singes antropomorphes. Sans doute il y aurait à cet égard bien à dire avant de préciser les moyennes et de classer les limites normales, mais vraiment il y a des cas où le calcul mathématique cède le pas à l'étonnement de l'observateur, premier juge des irrégularités saisissantes offertes à sa vue (1).

Du côté des yeux, la cécité, la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme, le daltonisme, l'héméralopie, la rétinite pigmentaire, l'albinisme (yeux rouges), l'épicanthisme, la microphthalmie, l'exophthalmie, le coloboma, l'asymétrie chromatique de l'iris (Ch. Féré), le strabisme, le nystagmus, la blépharoptose, les altérations de la papille, les déformations de l'ouverture pupillaire, congénitaux, tiennent à des arrêts de développement et à des malformations inquiétantes pour l'état des centres nerveux. C'est un raisonnement analogue que tiendra le clinicien quand il se trouvera devant la surdité, l'otite, l'implantation bizarre des oreilles, leur asymétrie, leur développement énorme, ou infiniment petit, leur forme étrange (oreilles plates, oreilles en pointes ou darwiniennes, oreilles en anses, oreilles trop écartées ou au contraire appliquées à l'excès contre le crâne), devant les déformations ou anomalies du lobule, du tragus, de l'antitragus, de l'hélix, de l'anthélix, le plissement et l'en-

(1) Voyez *Anthropométrie craniocéphalique*, par Benedikt. Traduction Kéraval. Paris, in-8°, 1889.

roulement du pavillon en oubli, quand aussi il sera en mesure de noter des écarts de l'angle auriculo-temporal.

Dans la bouche il conviendra de rechercher la division du voile du palais et de la luette, le bec-de-lièvre, la macroglossie ou langue de perroquet, la persistance des dents de la première dentition, l'absence ou la duplicité dentaire, les dents trop petites, trop grandes ou trop larges, la fusion des dents, leur forme et leur direction bizarres, leurs tubercules, dentelures, incisures, cannelures, sillons, les déformations des arcades dentaires.

La sexualité et les organes génitaux offrent un grand choix d'anomalies. Tels : les hernies congénitales, la verge rudimentaire ou trop volumineuse, la verge en massue, l'hypospadias et l'épispadias, le phimosis, l'anorchidie, la cryptorchidie, la monorchidie, l'atrophie et l'asymétrie des testicules, le varicocèle, la rareté ou l'absence de spermatozoïdes, l'absence des attributs de la puberté, la gynécomastie, la polymastie, le rétrécissement, l'imperforation, le cloisonnement transverse ou longitudinal du vagin, l'absence des ovaires ou des trompes, l'utérus bicorne, l'aménorrhée, enfin les variétés de l'hermaphrodisme. Tous ces caractères sont les aliments quotidiens des examens chirurgicaux et pédiatriques; ils ont été illustrés par tous les livres, y compris ceux de tératologie courante, de I. Geoffroy-Saint-Hilaire, et expérimentale de Dareste. On peut les rencontrer à des degrés divers chez des aliénés ou des demi-aliénés.

Les anomalies cutanées sont vulgarisées par les services de dermatologie. Exemples : l'albinisme, le vitiligo, les nævi pigmentaires et érectiles quelquefois si hideux qu'ils en imposent aux profanes pour des retours à l'animalité, l'ichthyose ou peau de poisson, les perturbations du système pileux, absent, rare ou surabondant (hommes-chiens des foires, femmes à barbes, hommes-femmes), le myxœdème appelé aussi pachydermie.

La voix présente à considérer : le mutisme, le plus souvent combiné à la surdité qui en est la cause, d'autres fois, au contraire, en rapport avec un défaut de développement des centres représentatifs du langage, parfois, enfin, dû à des anomalies organiques ou fonctionnelles du larynx et de ses organes ; la puérilité, le bégaiement, le zézaiement, la blésité, la suspension convulsive des syllabes, l'articulation explosive, le bredouillement, le grasseyement et autres vices d'expression, toujours défavorables à l'opinion qu'on doit se faire de l'état matériel et physiologique du système nerveux. A la région laryngée appartient l'hypertrophie ou l'absence du corps thyroïde dont nous verrons l'importance quand nous traiterons du crétinisme, des goîtres endémiques, de l'idiotie crétinoïde ou cachexie pachydermique, myxœdémateuse.

Ces quelques citations indiquent la conception du sujet et la tournure d'esprit qui incombe au clinicien (1).

2° Signes de déchéance. — La constitution originelle du terrain est percée à jour. Les explorations ont, par l'étude de la santé matérielle, nerveuse et organique et, par celle de la recherche des signes de dégénérescence, permis au psychiatre de se faire une idée du fonds primordial de l'individu atteint ou soupçonné d'aliénation mentale, sinon fou.

Si l'individu est vraiment aliéné ou fou, il convient de se rendre compte du point où en est sa maladie, de sa gravité, de son avenir. On procède de nouveau à l'analyse de sa santé physique, nerveuse ou organique, et l'on recherche, en outre, s'il existe chez lui des signes qui indiquent la régression, pour déterminer l'état de sa constitution actuelle. Est-elle désagrégée ou en voie de désagrégation ?

Quels sont les signes de déchéance indiquant, dans le domaine psychopathique, que les malades sont profondément désorganisés, en voie de régression, sur le déclin, ou, comme on dit, en état d'involution, que les organes cérébraux, que l'on ne voit pas, sont très disloqués ou usés sans retour.

La même classification que celle que nous avons attribuée aux signes de dégénérescence s'applique aux signes de déchéance. Les uns sont psychiques et portent sur les fonctions intellectuelles. Les autres sont physiques et se rattachent aux appareils et organes de l'économie.

a) Stigmates psychiques. — Le malade a-t-il de l'affaiblissement de la mémoire ? Comment est-il survenu ? Quel en est le masque ? Se rappelle-t il plus les événements anciens que les événements récents ? A-t-il oublié les uns et les autres, les uns plus que les autres ? Les notions intellectuelles ont-elles disparu ? A-t-il perdu les mots, leur sens, confond-il

(1) Pour plus de détails voyez : *Recherches d'anthropologie criminelle chez l'enfant*, par L. Maupaté, Paris, in-8°, 1893.

toutes choses, et, par suite, se montre-t-il, de ce fait, incohérent, incapable de construire des phrases par affaiblissement de ses facultés ?

Est-il incapable de suivre une conversation, à cause de ces troubles, ou parce qu'il ne peut accorder une attention suffisante aux choses et aux paroles ?

Ses sentiments affectifs sont-ils émoussés par indifférence morbide ? Ses instincts grossiers survivent-ils aux habitudes acquises par l'éducation et la culture intellectuelle, et est-il incapable de les réprimer, au point de s'oublier devant le monde ?

Voilà des signes de déchéance psychique indiquant l'affaiblissement de l'intelligence, le retour à l'enfance, pourvu qu'ils se soient montrés progressifs, qu'il n'y ait pas stupeur, et que les phases de déclin démontrent une affection psychique à évolution graduelle. Chaque maladie mentale et cérébrale a d'ailleurs ses stigmates psychiques de déchéance qui font partie de son bagage symptomatique. Mieux vaut les décrire à leurs places respectives.

b) STIGMATES PHYSIQUES. — L'impuissance du système musculaire, des appareils sensitifs et génito-urinaires se traduit, par exemple, par le gâtisme (le malade laisse aller sous lui ses urines et ses matières fécales), par l'impuissance sexuelle, par l'impotence fonctionnelle de la station debout, de la marche (le malade est faible, il vacille, et doit être alité), par des plaques gangréneuses spontanées, que l'on a cru devoir rattacher, à tort en certains cas, à la pression du lit (escares du décubitus acutus), d'ailleurs indolentes, par une multitude de troubles trophiques signalés précédemment. L'affaiblissement progressif des forces et des fonctions végétatives aboutissant à la phthisie nerveuse connue sous le nom de marasme, et la sénilité précoce d'autant plus frappante qu'elle atteint des individus plus jeunes, constituent des signes de déchéance. Mais, il ne faut pas les confondre avec la suppression momentanée de l'activité, avec la suspension brutale des fonctions de relations, quelquefois aussi compliquée de troubles trophiques et de gâtisme, de certains états mentaux aigus, curables (démence aiguë ou stupeur, catalepsie, etc.). C'est pourquoi, après en avoir indiqué l'existence et l'importance dans le cadre symptomatique, il importe d'agir à leur égard comme à l'égard des stigmates psychiques de déchéance, et d'en renvoyer l'examen *ad calorem* à la description de chacune des entités cliniques correspondantes.

Quelles sont les entités morbides qui forment le tableau de l'aliénation mentale ? Nous les envisagerons bientôt en traitant des classifications en pathologie mentale.

FAITS CLINIQUES

Clinique Chirurgicale de St-Sauveur

Hernie crurale étranglée. Réduction au bout de trente heures. Mort par péritonite

par le docteur **O. Lambret**, chef de clinique chirurgicale

Le vendredi 25 juin 1898, dans la soirée, l'interne de garde me faisait appeler d'urgence pour opérer une femme atteinte de hernie étranglée, entrée à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service du professeur FOLET.

A mon arrivée, je me trouve en présence d'une vieille femme de 70 ans, dont l'état général est déjà très mauvais, le faciès grippé, le pouls rapide, et peu frappé ; l'affection a débuté la veille, à neuf heures du matin, surprenant la malade en pleine santé. En effet, dans ses antécédents on note qu'elle a toujours été bien portante ; elle aurait eu cependant, il y a quinze jours, une hématurie abondante pour laquelle un médecin aurait pratiqué un curettage vésical. Il y a quatre ans, elle s'aperçut de la présence, au pli de l'aine gauche, d'une petite tumeur qui disparaissait avec le décubitus dorsal, et par la pression digitale. Elle mit aussitôt un bandage qui maintenait réduite cette petite hernie. A deux reprises différentes, depuis deux années, elle était néanmoins sortie et avait déterminé l'apparition d'accidents légers d'occlusion ; mais le taxis pratiqué par le médecin traitant avait, sans difficulté, réduit la hernie et fait disparaître les accidents qu'elle occasionnait. Depuis quelque temps, elle portait son bandage d'une façon assez irrégulière ; l'opération nous apprendra d'ailleurs que cet appareil ne devait pas être suffisant, car nous verrons que le sac contenait de l'épiploon adhérent depuis longtemps.

La veille, vers neuf heures du matin, la malade était en train de faire sa lessive, lorsque à la suite d'un effort de toux, elle ressentit une violente douleur dans la région inguinale gauche, sa hernie avait encore une fois forcé le bandage ; elle essaya en vain de la faire rentrer elle-même ; un médecin appelé vers le soir fit également une vaine tentative de taxis, mais n'insista pas. La nuit fut relativement bonne ; sans vomissement ; il y eut une légère selle et quelques gaz ; mais la région herniaire restait douloureuse et tendue.

Un second médecin, appelé vendredi après-midi, pratiqua à son tour un nouveau taxis plus énergique, et parvint à réduire la hernie, mais incomplètement ; une partie de la tumeur grosse comme un petit œuf de poule se refusait à réintégrer l'abdomen.

L'état général de la malade devint rapidement

beaucoup plus grave : cependant il n'y avait pas de vomissements, mais absence de selle et de gaz, malgré l'administration successive d'un purgatif et de quatre lavements glycérinés, lesquels ne produisirent aucun résultat. On amène la malade à l'hôpital.

Aux symptômes précédemment cités, il faut ajouter la présence d'une hernie crurale gauche de moyen volume et assez peu tendue et peu douloureuse ; par contre tout l'abdomen est sensible à la pression et médiocrement ballonné. Pendant son transport à l'hôpital, la malade aurait eu un vomissement peu abondant, et depuis elle a des nausées

Le diagnostic de hernie étranglée ne peut pas être posé d'une façon ferme ; et c'est plutôt une exploration que je fais faire comme d'habitude à l'interne de garde, qui ce jour-là était M. Paquet. A l'ouverture du sac, il s'écoule une certaine quantité de liquide sanieux et roussâtre. La hernie ne contient pas d'intestin, mais de l'épiploon adhérent ; cet épiploon a un aspect à peu près normal, et n'est ni infiltré, ni congestionné, ni œdématié, comme c'est de règle dans la hernie étranglée.

De plus, au niveau du collet, on peut assez facilement insinuer l'extrémité du doigt dans l'anneau crural, il n'y a donc pas ou plus d'étranglement ; mais cette dernière manœuvre provoque l'issue dans la plaie de liquide sanieux et fétide venu de l'abdomen ; l'existence d'une péritonite n'est pas douteuse. Je prolonge alors l'incision dans le flanc gauche et je découvre des anses agglutinées, couvertes çà et là de fausses membranes, baignant dans un liquide fécaloïde ; le maximum des lésions est du côté gauche ; en examinant avec précaution les anses agglutinées, en les décollant soigneusement, je parviens à trouver la cause de la péritonite ; c'est une perforation de l'intestin, grande à peine comme une lentille, qui laisse échapper des gaz et des matières fécales ; l'anse intestinale sur laquelle elle siège ne présente pas de sillon, ni de congestion intense, et rien sur sa surface antérieure ne montre qu'elle a habité la hernie. Suture rapide de la perforation, nettoyage également rapide des anses voisines ; avec une compresse sèche je glisse la main vers la concavité du diaphragme et j'assèche complètement l'hypochondre gauche, je place un drain qui remonte au voisinage de la rate ; la même opération est pratiquée, après incision des parois, dans le flanc droit qui contient également beaucoup de liquide ; un nouveau drain est placé au niveau de la face inférieure du foie.

De deux coups de ciseaux, j'ouvre le cul-de-sac postérieur après désinfection du vagin, il s'écoule encore du liquide et un dernier drain est mis en place. L'opération a duré une demi-heure. On injecte un litre de sérum artificiel. Malgré l'excellence du drainage, et le peu d'intensité du shok dû à la rapidité de l'opération et à la sobriété des manœuvres, le pronostic est très réservé, en raison de l'âge de la malade et de la gravité de l'état général.

Le lendemain, elle paraît aller beaucoup mieux, les symptômes d'intoxication péritonéale se sont amendés; la température est à 37, le pouls à 90 ; mais le dimanche soir, malgré tous les stimulants, la malade meurt d'affaiblissement progressif.

A l'autopsie, nous sommes tout étonnés de voir le peu d'intensité de l'inflammation péritonéale, qui semble circonscrite en un foyer, au voisinage de la perforation, le drainage a donc été très efficace. La suture a parfaitement tenu, il est impossible de trouver du côté muqueux aucune trace de la perforation (tout autour, et sur une certaine étendue, la muqueuse est ecchymotique et infiltrée de sang. Ce sont les traces de la congestion subie par l'anse herniée). Dans la vessie, on trouve au niveau de l'embouchure des deux uretères, une tumeur sessile à large base, qui explique l'hématurie notée dans les antécédents.

De cette observation, nous ne voulons retenir que les deux points suivants : 1° le danger de la réduction de la hernie crurale étranglée depuis plus de vingt-quatre heures (dernier délai). Dans notre cas, il y avait environ trente heures que la hernie était étranglée, lorsque le médecin, qui pratiqua un taxis énergique, réussit à réduire dans le ventre l'anse intestinale qui déjà était gangrénée en un point; il en est résulté une péritonite dont la malade est morte, événement qui ne se fût peut-être pas produit, si le débridement avait été préféré au taxis.

2° L'amélioration considérable de la péritonite sous l'influence d'un simple essuyage rapide et d'un bon drainage. Cette manière de faire a l'avantage considérable de supprimer à peu près complètement le shok dont l'influence est si considérable ; si bien que dans la circonstance actuelle, n'eut été l'âge avancé de la malade qui la mettait dans de mauvaises conditions de résistance, la guérison se fût peut-être produite.

ANALYSES. — LIVRES

Leçons cliniques sur les maladies des enfants faites à l'hôpital St-Sauveur (1897-1898, 1er semestre) par le docteur E. Ausset, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des enfants à la Faculté de Lille. Paris, Maloine, 1898.

Il faut un véritable courage pour se donner la tâche de réunir en volume les leçons cliniques que l'occasion vous a inspirées, que le hasard a provoquées ou qu'un intérêt médical direct a suscitées. Il faut aussi avoir foi en soi pour, dédaignant les offres mesquines des éditeurs, en trouver cependant un qui ne vous rebute pas par ses exigences, et consentir à lui livrer ce « meilleur de soi-même » qu'est un volume de cliniques. M. Ausset ne s'est pas arrêté à ces objections et bravement a récidivé en publiant sa seconde série de leçons cliniques sur les maladies des enfants. Nous aurions mauvaise grâce à nous plaindre de sa tentative : elle est toute à son honneur.

Les accidents dus à l'alimentation vicieuse avaient surtout fait le sujet de ses premières leçons l'an dernier : c'est le cœur, si intéressant à étudier chez l'enfant, que M. Ausset a montré cette année dans sa pathologie habituelle à ses élèves : maladies congénitales, péricardite aiguë, endocardite et rhumatisme, le cœur dans la chorée, la prétendue hypertrophie cardiaque

de croissance sont autant de titre de leçons cliniques pleines d'une lumineuse ordonnance et d'une précision parfois un peu trop didactique.

Les maladies infectieuses, dont la ville de Lille a tant souffert cet hiver, devaient avoir leur place dans ces leçons; rougeole, rubéole, scarlatine et varicelle occupent en effet celle qu'il convient dans le volume; elles sont honnêtement décrites et diagnostiquées à l'occasion de cas simples ou peu compliqués. Les élèves ont eu grand plaisir à entendre ces leçons, j'en suis certain, mais je doute que le chercheur y trouve du nouveau; il est vrai et juste d'ajouter que le nouveau en ces matières est chose rare.

Un cas de syphilis héréditaire avec pseudo-paralysie syphilitique de Parrot a donné lieu à de sagaces réflexions et à une discussion très heureusement présentée que l'on préfèrera, aux sujets précédents. On en pensera autant pour les deux cas d'ictère catarrhal dit épidémique, l'albuminurie et l'hématurie chez un enfant de huit ans, les abcès multiples de la peau chez le nourrisson. Ajoutons que ces sujets sont loin d'être vulgaires.

Telles qu'elles se présentent, même sans le choix qui doit présider à ces sortes de publications, ces leçons cliniques se recommandent par la simplicité, la clarté et méritent la faveur qui a accueilli la première série. Nous souhaitons le même succès à la seconde série, et de tout cœur. Dr F. C.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Assemblée générale annuelle de l'Association de prévoyance et de secours mutuels du département du Nord

L'Association de prévoyance et de secours mutuels du département du Nord, dans sa 39me année d'existence (elle date de 1859), a tenu son assemblée générale annuelle, à Valenciennes, dimanche dernier 17 juillet, à 10 heures 45, sous la présidence du docteur Olivier.

La réunion était nombreuse: 43 confrères étaient présents sur 330 affiliés. Nous avons plaisir à noter leurs noms : MM. les docteurs Dubar, Looten, Noquet, Surmont, Patoir, Deléarde, Ausset, Bédart, Lemoine et Combemale (de Lille), Sockeel (de Douai), Buisson (d'Aniche), Culot (de Maubeuge), Devémy, Mariage, Lambert, Boulogne, M. Pruvost (de Valenciennes), Canonne, Relle, Vallée fils (d'Anzin), Descamps et E. Pruvost (de Raismes), Reumaux (de Dunkerque), Lamand (d'Haspres), Lodieu (de Saulzoir), Dransart (de Dorignies), Delbreil (de Denain), Carpentier (d'Onnaing), Lecœuvre (de Sebourg), Dupas (de Wallers), Tramblin (de Bermerain), Castiau (de Vieux-Condé), Dubus (d'Escaudain), Vallée père (de Pecquencourt), Copin (de Lourches), Houzé (de Douchy), Defossez (d'Abscon), Choteau (de Thiant), Mandron (de Bavay), Huart (de Trélon), Delbreil (de Jeumont), Pruvost (de Carnières).

L'Assemblée a procédé tout d'abord à l'admission de nouveaux membres : 16 nouvelles recrues sont venues renforcer les rangs de l'Association, admises à l'unanimité: M. le docteur Le Jemble, de Floyon, pour l'arrondissement d'Avesnes; MM. les docteurs Tamboise et Lesage (du Cateau), Lestocquoy (de Solesmes), pour l'arrondissement de Cambrai; MM. les docteurs Moty, Gallois et Potel (de Lille), Delahousse, Labbe, Mariage, Plancke et Picquet (de Roubaix), Jénart (de Croix), pour l'arrondissement de Lille; MM. les docteurs Planckaert (de Rumegies), Gosse (d'Hergnies), Ringot (de Condé), pour l'arrondissement de Valenciennes.

Dans une allocution très écoutée, le Président a ensuite rendu l'hommage qui convenait aux cinq confrères décédés dans l'année : MM. Biat, de Trith-Saint-Léger ; Lemaire, de Lomme ; Denis, d'Inchy ; Hermand, de Templeuve ; Lecat, de Glageon ; signalé les distinctions reçues et la faveur dont, aux élections législatives, le suffrage universel a honoré deux membres de l'Association : MM. les docteurs Barrois et Desfontaines.

Puis M. Noquet, l'actif et dévoué secrétaire général, a donné lecture du compte-rendu des travaux de l'année.

M. Noquet signale la situation prospère de l'Association Générale des Médecins de France, dont l'avoir s'est augmenté, cette année, de 113.212 fr. 50, grâce surtout à des dons et à des legs. Cette Association possède 2.036.745 fr. 29, somme dans laquelle ne sont comprises ni les rentes constituées, ni les nues propriétés. En ajoutant à ce total la fortune des Sociétés locales, qui s'élève approximativement, à 1.110.000 fr., on obtient le chiffre respectable de 3.146.745 fr. 29.

Dix huit demandes de pension avaient été adressées à l'Association générale, dans le courant de l'exercice. Pour répondre à ces demandes, il a été créé dix-huit allocations annuelles de 800 fr. L'une de ces allocations a été accordée à un membre fondateur de l'Association du Nord, ce qui porte à cinq le nombre des membres de cette Association recevant une pension de l'Association générale.

Après avoir passé en revue le bilan financier de l'Association générale, M. Noquet indique les modifications survenues dans le nombre de ses adhérents. 302 membres nouveaux ont été inscrits, pendant le dernier exercice. Il y a eu 157 décès et 90 démissions. Le nombre des membres s'élève, actuellement, à 8.385. Il était, l'année dernière, de 8.330.

M. Noquet rappelle ensuite que l'Association générale défend, presque chaque année, soit devant les Cours de province, soit devant la Cour de cassation, les procès intentés à ses membres pour des motifs concernant la profession. Cette année encore, les affaires de ce genre lui ont fait dépenser, pour frais de procédure, 16.592 fr. 65, chiffre capable de démontrer qu'elle a eu à soutenir bien des causes difficiles.

En outre, l'Association générale a créé une commission permanente de défense professionnelle, qui sera prête à intervenir, avec son autorité personnelle, toutes les fois où un membre du corps médical sera poursuivi pour des faits relatifs à l'exercice de sa profession, ou aura à soutenir un procès dans une affaire d'ordre médical.

M. Noquet a aussi examiné la plupart des vœux soumis à l'Association générale des Médecins de France, vœu sur l'enseignement de la déontologie, vœu sur la création de deux ordres d'épreuves probatoires, les unes conférant un titre scientifique, les autres donnant seules le droit d'exercer, vœu sur la création d'un ordre des médecins avec des chambres de discipline, etc., etc.

Enfin, après avoir parlé des faits concernant plus spécialement l'Association du Nord, et, notamment, de l'aide pécuniaire accordée par cette association au Syndicat médical de Roubaix, dans un procès récent, M. Noquet a terminé de la façon suivante :

« De l'exposé que vous avez bien voulu entendre se dégage la conclusion très évidente que notre œuvre va sans cesse progressant et que ses bienfaits sont nombreux ; elle a droit, par conséquent, à toutes les sympathies du corps médical. Ses débuts ont été modestes ; mais elle a marché d'un pas rapide, puisqu'elle a atteint, en quarante ans à peine, le point où nous la voyons aujourd'hui.

« Les ouvriers de la première heure avaient eu raison d'avoir foi dans l'avenir. Nous devons leur être particulièrement reconnaissants et ne pas oublier leur belle devise : *Association protège, association oblige.* »

Deux propositions, l'une de M. Dubar demandant la nomination de délégués-adjoints, l'autre de M. Castiau (de Vieux-Condé) reprenant la question du doublement de la cotisation actuelle pour secourir plus efficacement les infortunes, ont été acceptées pour être étudiées par le Bureau de l'Association.

Enfin M. Looten, trésorier, a fait l'exposé de la situation financière, qui est très prospère. L'avoir total de l'Association se monte à 44.625 francs, en augmentation de 525 francs sur l'exercice 1897.

Après l'exposé du trésorier, 2.550 fr. ont été répartis en secours donnés à un membre de l'Association et à des veuves. 200 fr. ont été votés pour la caisse des Veuves et Orphelins et 400 francs pour celle des Pensions viagères. Une des pensions viagères du legs Beaucourt a été attribuée à un membre déjà titulaire d'une pension viagère de l'Association générale.

Des félicitations pour leurs soins dévoués sont votés aux membres du bureau, puis la séance est levée.

Une seconde séance commençait peu après, celle-là autour d'une table bien garnie, chez l'hôtelier en renom, M. Preys, dont la collaboration avec M. le docteur Canonne avait donné naissance à un succulent menu auquel grand honneur a été fait. Les toasts portés, la chansonnette ancienne et moderne, comique et égrillarde a paru, mêlée de poésies médicales dites par l'auteur M. Défossez (d'Abscon). Et gaiement le repas s'est attardé jusqu'à l'heure du train, qui rapatriait les étrangers à Valenciennes, non sans une station au *sport nautique*, dont les honneurs nous ont été faits par les confrères valenciennois avec toute l'affabilité et la gracieuseté dont ils sont coutumiers.

Comité central de vaccine du département du Nord.

Un nouveau membre vient d'être adjoint au Comité. C'est notre collaborateur, M. le docteur Calmette, qui remplace M. Gaulard, démissionnaire.

Dans sa dernière séance, le Comité a décerné les récompenses suivantes que nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs :

Médaille d'Or :

M. le docteur Gorez, à Lille.

Médailles d'argent de 1re classe :

Arrondissement d'Avesnes. — M. Delbour (de Cousolre) ; Mmes Foucart, Denis et Chotin (de Maubeuge) ; Mme Lebeau (de Sars-Poteries).

Arrondissement de Cambrai. — M. Tison (d'Avesnes-lez-Aubert) ; Mme Marlière (de Cambrai) ; Mme Dupont (du Cateau) ; Mme Goubet Dolay (d'Iwuy).

Arrondissement de Douai. — M. Vallée (de Pecquencourt) ; Mme Nepper (de Douai).

Arrondissement de Dunkerque. — MM. les docteurs Wemaere (de Wormhoudt) et Ruyssen (de Dunkerque) ; MM. Tanche (d'Armbouts-Cappel) ; Beyaert (de Loon-Plage) ; Ryckelynck (de Rosendaël) ; Mme Vermeulen (de Saint-Pol-sur-Mer).

Arrondissement d'Hazebrouck. — MM. les docteurs Smagghe (d'Hazebrouck) et Letailleur (de Renescure).

Arrondissement de Valenciennes. — M. le docteur Tauchon (de Valenciennes) ; Mme Poulle (de Denain).

Arrondissement de Lille. — MM. les docteurs Lepers (de Roubaix) ; Bigo (d'Haubourdin) ; MM. Vincent (de Mouvaux) et Desprey (de Pont-à-Marcq) ; M. Julien, interne des hôpitaux de Lille ; Mmes Delannoy, Deleporte, Laurent, Sauvage, Nonbaley, Martin (de Lille) ; Delahousse et Desplanque (de Tourcoing) ; Martin (d'Halluin) ; Dujardin et Debarge (d'Armentières) ; Caloyne (de Seclin).

Médailles d'argent de 2e classe

Arrondissement d'Avesnes. — M. le docteur Lecocq (de Villers-Sire Nicole) ; MMmes Sourd et Legrand (de Fourmies) ; Canion et Carpentier (de Maubeuge) ; Durand (de Poix-du-Nord) ; Lemaire (de Jeumont) ; Gontier-Parisse (de Trélon).

Arrondissement de Cambrai. — Mmes Colau (de Beauvois) ; Dumont (du Cateau) ; Briatte (de Solesmes) ; Honoré-Fasciaux (d'Abancourt) ; Catherine (de Caudry) ; Machu-Jossiaux (de Fontaine-au-Pire) ; Goulois-Lecouvez (de Clary) ; Lafage (de Ligny).

Arrondissement de Douai. — MM. Martel (de Nomain) et Deltombe (de Flines-lez-Raches) ; Mmes Leleux (de Raimbeaucourt) ; Gumez (de Dechy), et Van Belleghem (de Gœulzin).

Arrondissement de Dunkerque. — MM. les docteurs Duriau et Reumaux (de Dunkerque) ; Pascalin (de Saint-Pol-sur-Mer) ; M. Magnier, instituteur à Pitgam (a fait, dans les familles, une propagande très active pour répandre la revaccination).

Arrondissement d'Hazebrouck. — M. le docteur Brunet (de Steenbecque) ; M. Decanter (de Bœschèpe) ; Mme Smagghe (de Bailleul).

Arrondissement de Valenciennes. — Mmes Wilbaux (de Bruay) ; Lefebvre (de Mortagne) ; Cacheux (de Trith-Saint-Léger) ; Flérecq (de Raismes) ; Daneulin (de Saint-Amand) ; Terny-Duhain (d'Escaudain).

Arrondissement de Lille. — MM. les docteurs Hennart (de Neuville-en Ferrain) ; Wartel (de Lys-lez-Lannoy) ; Potel (de Lille) ; Deroubaix (de Fretin) ; Detroy (de Flers-Lille) ; Coubronne (d'Hem) ; Parmentier (de Lannoy) ; Desmons

(de Ronchin); Duray (de Marcq-en-Barœul); Delecroix (d'Annœullin); MM. Durasnel (de Bondues); Logie (de Comines); Klein (de Wahagnies); Mmes Godfring, Moutonnet, Gallet, Planckf; Cressent, Lemaine, Denal, Cols, Wuittrebecq (de Lille); Destombes, Lanetin, Dubreuque (de Tourcoing); Desmet, Beulens (de Roubaix); Castelain (d'Armentières); Guilbert (de La Bassée); Depelsemaecker (de Wambrechies); Delourme (de Wasquehal).

Médailles de bronze

Arrondissement d'Avesnes. — MM. les docteurs Leblanc (de Cartignies); Luez (de Maroilles); Mmes Mariamez et Legrand (de Fourmies); Sorlin (d'Hautmont); Tilmant (de Marpent); Delattre (de Maubeuge); Marcy (de Ferrière-la-Grande); Carton-Masson (de Hon-Hergies).

Arrondissement de Cambrai. — Mmes Lecerf et Barbieux (d'Avesnes-lez-Aubert); Doléan et Brière (de Caudry); Dhénain (de Viesly); Wattremez (du Cateau); Piérard-Legrand (de Carnières); Wattremez (de Neuvilly); Dupont (de Walincourt).

Arrondissement de Douai. — MM. les docteurs Sockeel de (Douai); Desmons (d'Orchies); Lecœuvre (d'Orchies); Mmes Pot (d'Erre); Sède (de Raches); Loi, Cambray (d'Aniche).

Arrondissement de Dunkerque. — MM. les docteurs Breynaert et Joland (de Dunkerque); Geeraert (de Malo-les-Bains); Mmes Dumotier (de Grand-Fort-Philippe); Cœvoet (de Bergues).

Arrondissement d'Hazebrouck. — M. le docteur Heem, Mme Beurey-Rodez (de Cassel).

Arrondissement de Valenciennes. — M. le docteur Copin (de Lourches); Mmes Bouillon et Volckerick (de St Amand); Varley (du Préseau); Galand (de Marquette); Davaine (d'Hasnon).

Arrondissement de Lille. — MM. les docteurs Staes (de Camphin-en-Pévèle); Leplat (de Watrelos); Delval et Jacqmarcq (de Loos); Mayolle (d'Houplines); Druesne (de Roubaix); Chuffart (de Marquette); Toffart (de Frelinghien); Delebarre (d'Ascq); Roche (de Chéreng); Lemaire (de Willems); Vaillant (de La Chapelle-d'Armentières); Jacquemont (de Wattrelos). Mmes Thieffry, Crémer (de Lille); Cau, Holvœt, Briffaut, Thaon, Debruyne, (de Roubaix); Roussel (d'Armentières); Lecomte (de Croix); Burette (d'Houplines).

Jusqu'ici, les récompenses dont disposait le Comité central de vaccine étaient réservées surtout aux praticiens ayant fait le plus de vaccinations. Mais, vu l'énorme importance de la revaccination et les difficultés plus grandes que rencontrent nos confrères qui tiennent justement à vulgariser cette pratique, le Comité a décidé que, à l'avenir, il serait tenu le plus grand compte, dans l'attribution des récompenses, du nombre des revaccinations pratiquées par les opérateurs.

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCES DE THÈSE

M. J.-L.-F. Bigot, de Romilly sur-Seine (Aube), a soutenu, le 18 juillet 1898, sa thèse de doctorat (5me série, n° 89), intitulée : **De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein.**

— M. F.-L.-P.-J. Mahieu, de Tourcoing (Nord), a soutenu le lundi 18 juillet 1898, sa thèse de doctorat (5me série, n° 91), intitulée : **Contribution à l'étude de la luxation sous-glénoïdienne et de ses complications.**

— E.-A. Caplet, de Landrecies (Nord), a soutenu le samedi 23 juillet 1898, sa thèse de doctorat (5me série, n° 90), intitulée : **La Peste à Lille au XVIIme siècle.**

Les concours pour les **prix de fin d'année** à la Faculté de médecine ont eu lieu dans le courant de la semaine dernière.

En première année, les candidats ont eu à traiter pour la question écrite : *ganglions rachidiens, oreille moyenne*, et à disséquer le *muscle fléchisseur profond des doigts*. M. Légillon s'est vu attribuer le prix; M. Spinewin, la mention honorable.

En seconde année, le *nerf ophtalmique de Willis, ses fonctions*, a été le sujet choisi pour la composition écrite; la dissection a porté sur le *nerf axillaire*. M. Lesne a été désigné pour le prix.

En troisième année, deux concurrents se sont disputé le prix sur la question écrite : *hydronéphrose* (était restée dans l'urne *kystes de l'ovaire*) et sur les préparations histologiques : *coupes de testicule, de rate, muqueuse stomacale*. M. Maes a été proclamé lauréat; M. Lequint a été classé en seconde ligne.

En quatrième année, M. Drucbert a traité comme composition écrite de *l'ulcère rond de l'estomac* et des *hémorrhagies de la delivrance* (la *phlegmatia alba dolens* n'était pas sortie), le malade examiné portait un *fibrome naso-pharyngien*; les coupes anatomopathologiques étaient d'une *néphrite interstitielle*, d'un *adénôme du sein*. Le prix lui a été décerné.

Les journaux quotidiens nous apportent la nouvelle douloureuse que M. Nouveau, interne des hôpitaux d'Oran, avait été assailli, durant la contre-visite du soir, par un indigène aliéné, qui l'a frappé de trois coups de matraque. La vie de M. Nouveau, ancien élève de notre Faculté, est en danger. Nous adressons à sa famille nos bien vives condoléances.

Nous apprenons la mort de M. Couat, à 52 ans, recteur de l'Académie de Bordeaux, ancien recteur de l'Académie de Lille de 1887 à 1891.

M. Bourneville, externe des hôpitaux, est nommé aide-préparateur du laboratoire des cliniques.

Par arrêté préfectoral de juin 1898, M. le docteur Maupaté, médecin-adjoint à l'Asile d'Armentières, a été élevé à la classe exceptionnelle.

A été promu au grand de médecin-major de 1re classe dans l'armée active : M. le docteur Uffoltz, maintenu au 127e d'infanterie, à Valenciennes.

Au grade de médecin-aide-major de 1re classe de réserve : M. le docteur Foutry, de Masnières.

Au grade d'aide-major de 1re classe de l'armée territoriale : MM. les docteurs Mariage, de Valenciennes; Fleury, de Béthune; Surmont, de Lille.

FACULTES ET ECOLES DES DÉPARTEMENTS

Alger. — Une chaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées est créée à l'École de médecine et de pharmacie. M. le docteur Geny est chargé du cours pendant l'année scolaire 1898-1899.

HOPITAUX DE PARIS ET DE PROVINCE

Paris. — Le dernier concours pour trois places de médecins des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. THIROLOIX, TRIBOULET et SOUQUE.

— M. de SALIGNAC-FÉNELON, député de la Haute-Saône, a fait don, à l'hospice de son collège électoral, des indemnités parlementaires qu'il touchera pendant la durée de son mandat. Pourvu qu'on ne dise pas que c'est de l'argent placé à un taux usuraire!

SOCIÉTÉS SAVANTES :

Académie de médecine. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, de Nancy, est, par 52 voix, élu associé national; MM. LAULANIÉ (de Toulouse) et THIERRY (de Beaune), correspondants nationaux dans la section de médecine vétérinaire.

Académie des sciences. — M. MOSSO (de Turin), est élu membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie.

Distinctions honorifiques

Sont promus ou nommés dans l'Ordre de la Légion d'honneur :

Commandeurs. — M. le docteur MATHIEU, médecin-inspecteur de l'armée, directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire de Lyon.

Officiers. — MM. les médecins principaux : BOPPE et ROUX ; MM. les médecins-majors de 1re classe : NICAUD, EVRARD, GUILHEM ; MM. le docteur HECKEL, professeur à la Faculté des Sciences de Marseille ; VIDAL, d'Hyères.

Chevaliers. — MM. les docteurs FAURE, de Die ; AUBERTIN, BARBÈS, de l'Ecole militaire préparatoire de Montreuil-sur-Mer ; BUY, H.-P. DAVID, DEBRIE, J.-M. DUVAL, FAURE-LACAUSSADE, FOCKENBERGHE, du 84e d'infanterie, à Avesnes ; FRILLET, GODET, GRUET, P. JOLY, LAPASSET, LEROY, MAZEILLÉ, NOEL, G. OLIVIER, PITOIS, J.-A. ROUX, P. ROUX, SALESSES, WARNECKE, médecins militaires ; ROBERT, DALIOT, CASTELLAN, MORTREUIL, DEMANY, RECOULES, NOLLET, médecins de 1re classe de la marine ; TEISSIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin-principal de 2me classe (armée territoriale) ; EVRARD, médecin-major de 1re classe (armée territoriale) ; RAPUC, médecin de la marine (faits de guerre) ; ROUSSET (de Paris).

Ont été nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs FOUCHER (d'Argentan) ; GUERNIER (de Bayeux) ; DUCHESNE (d'Orbec).

— Ont été décernées des médailles d'honneur (argent) des épidémies à MM. les docteurs PIQUET, de Constantine (Algérie) et LE PAGE (d'Orléans).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs HULOT, de Barbizon (Seine-et-Marne) ; RIGAL, de Carcassonne (Aube) ; GUILLEMIN, de Montdevergue (Vaucluse) ; MOUSSU, directeur du service de santé du XVe corps, à Marseille ; DAJAS, conseiller général des Basses-Pyrénées ; DUBUT, de Brest, médecin de la marine en retraite ; CHATELAIN, médecin en chef des prisons de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; FLANDRE, de St-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).

MM. les professeurs ROKITANSKY, d'obstétrique, à Gratz ; PAGE, de médecine, à New-York.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

28e SEMAINE DU 10 AU 16 JUILLET 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	4
3 mois à un an	8	6
1 an à 2 ans	3	5
2 à 5 ans	4	1
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans.	3	2
20 à 40 ans.	2	7
40 à 60 ans.	11	4
60 à 80 ans.	4	11
80 ans et au-dessus	1	2
Total	47	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	1	2	»	»	»	»	1	»	»	»	1	5
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Bronchite et pneumonie	4	1	2	3	»	»	»	1	2	»	»	13
Maladies organiques du cœur	»	»	»	1	1	2	»	»	2	»	»	6
Diarrhée et entérite — moins de 2 ans	»	»	8	6	1	»	2	»	»	»	»	17
Diarrhée et entérite — de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite — plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	1	3	2	2	3	1	»	1	1	1	»	15
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Suicide	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	2
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	2	6	3	2	2	2	2	»	7	»	2	28
TOTAL des DÉCÈS	10	13	15	15	8	5	6	2	13	1	3	91
NAISSANCES par Quartier	8	9	23	22	12	8	13	10	12	4	1	122

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 81. Deuxième Année, N° 31. Le Numéro : **10** centimes. 31 Juillet 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT *5 fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS *3 fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Pathogénie de l'iridoplégie réflexe, par le docteur **Ingelrans**. — FAITS CLINIQUES : Perception des pulsations cardiaques du fœtus par le palper abdominal dans un cas de présentation de la face, par le docteur **M. Oui**. — Sur un cas d'endocardite mitroaortique végétante subaiguë, par **E. Bertin**. — Revue des travaux étrangers. — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Analyses : livres. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. APERT a eu l'occasion de pratiquer, dans le service de M. DIEULAFOY, l'autopsie d'un homme de trente-sept ans, atteint, depuis un traumatisme survenu à l'âge de quatre ans et demi, d'une paralysie radiculaire inférieure du bras droit. C'est le résultat de cette autopsie qu'il apporte à la **Société médicale des Hôpitaux** Les muscles de la main, les fléchisseurs et extenseurs des doigts, les muscles épitrochléens, cubitaux, le triceps, le coraco-brachial, le grand dorsal, le grand rond et le grand pectoral sont absolument détruits et transformés en un tissu fibroïde blanchâtre où le microscope ne montre que des filaments conjonctifs avec des blocs de substance vitreuse interposés aux filaments et allongés dans le même sens qu'eux. Au contraire, les muscles supinateurs, radiaux, brachial antérieur, biceps, deltoïde, sus et sous-épineux, sous-scapulaire, petit rond, sous-clavier, ont leur couleur, leur consistance et leur structure normales. Le radius et le cubitus ont une forte courbure à concavité antérieure et externe : il semble qu'il s'agit là d'une altération purement mécanique. Les fibres du cubital et du médian sont atteintes de dégénérescence wallérienne : il en est de même des deux branches inférieures du plexus brachial.

Dans la moelle, on note au niveau de la première dorsale et de la huitième cervicale une diminution de la saillie de la corne antérieure droite ; grande raréfaction des cellules dans cette corne ; au niveau de la septième cervicale, disparition absolue des cellules étoilées dans la corne antérieure. Dans l'hémisphère cérébral gauche, la frontale ascendante est diminuée de largeur et de hauteur au niveau de l'union de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur.

⁂ MM. ACHARD et WEILL étudient quelques modifications de l'urine consécutives à l'absorption des sucres. L'absorption des sucres provoque très fréquemment la polyurie, surtout lorsqu'on les fait pénétrer par injection sous cutanée. Avec 1 gr. 5 de saccharose, par exemple, on obtient un accroissement notable de l'urine. On pourrait donc utiliser, comme adjuvant de la médication diurétique, les injections sous-cutanées de solutions sucrées stérilisées. Parallèlement à la polyurie, on observe souvent l'azoturie et l'augmentation des autres éléments constituants de l'urine. On peut encore voir survenir, quand le sucre est absorbé à doses massives par le tube digestif, de l'urobilinurie et de l'indicanurie, vraisemblablement dues à un surmenage momentané du foie.

⁂ M. NETTER a relevé la présence du signe de KERNIG dans 90 °/₀ des méningites ; on ne l'observe pas

en dehors de celles-ci. Ce signe permet de porter le diagnostic de méningite fruste, là où on le trouve presque seul. Dans une fièvre typhoïde des plus nettes, au cours de laquelle le malade succomba aux suites d'une perforation intestinale, le signe de KERNIG était apparu ; on reconnut à l'autopsie l'existence d'une méningite à staphylocoques. Un deuxième malade n'avait que des symptômes effacés de méningite ; la ponction lombaire fut tentée et ne ramena pas de liquide. Après une rémission de dix jours, la fièvre reparut et l'on constata, en arrière du sacrum, le développement d'une collection fluctuante dont le pus contenait le méningocoque. Le signe de KERNIG appartient d'ailleurs à toutes les variétés de méningite.

*** MM JEANSELME et LEREDDE rappellent que M. TENNESON a fait voir, chez les sujets atteints de zona, qu'il existe, disséminées sur toute la surface tégumentaire, des vésicules isolées en tout semblables à celles de l'éruption zostérienne. Ces auteurs viennent de voir trois zonas avec vésicules aberrantes ; ces observations cadrent bien avec l'hypothèse de la fièvre zostérienne de LANDOUZY. Quant au groupement des vésicules, peut-être tient-il à une prédisposition de certains métamères qui résisteraient moins efficacement aux agents infectieux.

*** MM. GILBERT et WEILL ont constaté, chez deux diabétiques, que le sucre disparut des urines pendant une crise de colique hépatique. Il semble que celle-ci ait une action inhibitrice sur les centres hépato-pancréatiques qui tiennent sous leur dépendance la glycosurie Cette action est à rapprocher des phénomènes réflexes produits par la lithiase . on sait, en effet, que l'on a fréquemment, dans son cours, signalé, outre la polyurie, une glycosurie passagère. M. RENDU rappelle que toutes les excitations douloureuses périphériques influencent la glycosurie en plus ou en moins, sans qu'il soit possible d'en expliquer le mode d'action.

A la **Société de Biologie**, MM. CHANTEMESSE et RAMOND rapportent qu'ils viennent d'observer une curieuse maladie épidémique rappelant en tous points le béribéri. Il s'agissait d'aliénés qui, sans cause apparente, furent atteints en grand nombre de troubles moteurs spéciaux. La maladie débutait par des vomissements et de l'œdème des membres inférieurs, puis survenaient des phénomènes paralytiques. Les muscles extenseurs de la jambe et de la cuisse étaient atteints, puis progressivement la paralysie gagnait les membres supérieurs ; des phénomènes bulbaires se déclaraient et la mort survenait rapidement par accidents respiratoires ou circulatoires. A l'autopsie, la rate et les ganglions seuls étaient le siège d'une hypertrophie notable ; il existait une inflammation très accusée du vago-spinal et du sympathique. Les autres nerfs périphériques semblaient atteints de névrite segmentaire périaxile ; les grosses cellules des cornes antérieures étaient altérées. Dans tous les organes, on a décelé un bacille protéiforme différant du proteus ordinaire par quelques caractères. Par l'inoculation de ce microbe ou de sa toxine au lapin on provoque des paralysies rappelant celles qu'on observe chez l'homme.

*** MM. PHISALIX et CLAUDE, en injectant une culture du bacille de la septicémie des cobayes au chien, ont amené un certain nombre de troubles nerveux, dont les principaux sont la difficulté de la marche et de la station debout, le défaut d'équilibre, la raideur de la nuque et du rachis, enfin une hyperesthésie extrême et des crises de convulsions. Les lésions consistent en une inflammation considérable des méninges cérébrales et médullaires avec exsudats séro-purulents. Elles sont à rapprocher de certains types de méningite cérébro-spinale de l'homme.

*** MM. COURTADE et GUYON, continuant leurs recherches sur l'innervation motrice du tube digestif, ont pu préciser, en ce qui concerne la région pylorique, l'antagonisme du vague et du sympathique. Le vague exagère les mouvements péristaltiques en provoquant la contraction des fibres musculaires longitudinales, puis celle des fibres circulaires ; le sympathique arrête les mouvements péristaltiques en agissant en sens opposé. Le vague a donc pour rôle de faciliter le passage pylorique du bol stomacal.

*** Il existe, outre la transmission crânio-tympanique des sons, une autre transmission s'effectuant par tous les points du squelette. Cette perception dans ces conditions, peut subsister à défaut de toute perception aérienne et crânio-tympanique, ainsi que M. EGGER a pu le constater chez un malade atteint de labyrinthite syphilitique. D'autres expériences, entreprises sur des tabétiques et des syringomyéliques, permettent à l'auteur de supposer que les nerfs de la sensibilité générale, sans le secours de la transmission osseuse, peuvent conduire l'irritant sonore, à l'encontre de la loi de MÜLLER sur l'énergie spécifique des nerfs.

A la **Société de chirurgie**, M. RICHELOT revient sur la discussion relative au traitement des suppurations

pelviennes Pour les abcès saillants du cul-de-sac postérieur et pour les phlegmons du ligament large, l'incision est admise par tous. La discussion ne peut s'engager que pour les collections n'ayant pas un rapport immédiat avec le cul de-sac.

M. RICHELOT s'en tient aux idées qu'il avait résumées an Congrès de Genève.

1° L'incision vaginale est indiquée dans les suppurations aiguës récentes, faisant saillie bien nette au niveau du cul-de-sac vaginal ;

2° Dans les suppurations virulentes suivant de très près l'accouchement ;

3° L'incision est exposée à laisser après elle sinon toujours des abcès, du moins bien des causes d'infection nouvelle et de réveils douloureux.

M. LE DENTU reconnaît l'incision vaginale indiquée dans l'hématocèle infectée et dans un certain nombre de suppurations adhérentes à la muqueuse vaginale et franchement abordables par le vagin. Il faut y renoncer dans les cas de suppuration complexe.

⁂ M. MONOD présente une jeune femme de 25 ans qu'il a opérée pour un pied-bot très accusé. Le Phelps avait été fait sans aucun résultat.

M. MONOD dut enlever une grande partie des os du tarse.

M. L. CHAMPIONNIÈRE insiste sur l'inutilité du Phelps et sur la nécessité qu'il y a pour obtenir un résultat rapide à faire une très large ablation osseuse de façon à redresser le pied à sa guise ; tout appareil immobilisateur étant inutile.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathogénie de l'iridoplégie réflexe (Signe d'ARGYLL ROBERTSON)

par le docteur **Ingelrans**

La pupille se rétrécit dans deux conditions : 1° lorsque la rétine est éclairée brusquement ou lorsque son éclairement augmente ; 2° au moment de l'accommodation de l'œil pour la vision des objets rapprochés. Quand la première condition est réalisée, le phénomène porte le nom de réflexe pupillaire lumineux ; quand c'est la seconde, il s'appelle, improprement nous le verrons, réflexe pupillaire accommodatif (1).

(1) Nous laissons de côté le réflexe pupillaire qui naît sous l'influence des excitations douloureuses et celui qui a son point de départ dans une excitation psychique (réflexe de HAAB), comme n'ayant point de rapport avec notre sujet.

En 1869, ARGYLL ROBERTSON, dans le numéro de décembre de l'*Edinburgh medical Journal*, publia un court article intitulé : *De quelques cas de myosis spinal avec remarques sur l'action de la lumière sur l'iris.* L'auteur a constaté que chez cinq malades atteints d'ataxie locomotrice, le réflexe pupillaire avait disparu isolément. Il insiste sur l'intérêt diagnostique de ce symptôme. Quelques mois plus tard, GRAINGER STEWART ayant présenté un cas de névrite diphthérique simulant le tabes, ARGYLL ROBERTSON fait la remarque qu'on aurait dû se rendre compte des réactions de la pupille.

En 1870, KNAPP, s'étant rendu à Edimbourg, vit les malades en question et constata la réalité du symptôme décrit. Peu de temps après, LEBER dit l'avoir observé ; HEMPEL revient sur le fait en 1876 (*Von Grafe's Archiv*) ; l'année suivante paraît la thèse de VINCENT (*Phénomènes oculo-pupillaires du tabes.* Paris). Cet auteur indique la présence de la même dissociation des mouvements de l'iris au cours de la paralysie générale. Il faut savoir en outre que les cliniciens qui l'avaient précédé pensaient que, chez les tabétiques, le signe d'ARGYLL était lié au myosis et ne se produisait pas quand le myosis manquait, ou quand il existait de la mydriase : cette dernière, en effet, devant tenir à une paralysie du sphincter, on en concluait, sinon en termes exprès, du moins implicitement, que l'accommodation était sans effet sur une pupille en mydriase. VINCENT montra, par des observations cliniques, qu'il n'en est rien et que chez les ataxiques, même en mydriase, l'accommodation agit sur les dimensions de la pupille, sans préjudice, bien entendu, de la suppression du réflexe lumineux (1). Le travail de COINT (*Symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux central.* Thèse de Paris, 1878) vint confirmer ces conclusions. Le signe d'ARGYLL ROBERTSON avait droit de cité en pathologie.

Il désigne donc l'absence de réaction de la pupille à la lumière avec conservation de sa réaction lors de l'accommodation. Ce signe se rencontre dans le tabes et la paralysie générale : il est d'une importance majeure. Comment peut-on concevoir le mécanisme de sa production ? C'est le seul point que nous voulons envisager.

(1) Voici les termes de VINCENT : « Sur 40 ataxiques ayant le signe d'ARGYLL, 11 fois les dimensions de la pupille étaient normales 23 fois il existait du myosis et 6 fois de la mydriase. Il s'ensuit que cet état des pupilles d'être insensibles à la lumière et de réagir à l'accommodation est susceptible de se produire indépendamment de leur état de resserrement ou de dilatation, mais qu'il s'accompagne très souvent cependant de myosis. »

A) A l'état physiologique, l'accommodation est accompagnée de modifications pupillaires. La pupille se retrécit dans la vision de près et se dilate quand on regarde au loin. Mais un troisième facteur intervient : c'est la convergence des globes oculaires qui est étroitement liée à la contraction du muscle ciliaire. Lorsque nous regardons un objet rapproché, l'action du droit interne se manifeste toujours, dans les circonstances ordinaires, et une question préalable se pose : Le rétrécissement de la pupille est-il lié à l'action du muscle ciliaire ou à celle du droit interne ? On a pensé que les trois actes avaient fatalement lieu simultanément. Or, certains artifices permettent d'accommoder sans converger et réciproquement.

D'abord, on peut accommoder sans converger : un œil normal qui voit nettement un point éloigné parvient encore à le bien voir à travers des verres concaves ; il doit faire pour cela un effort d'accommodation sans converger, sans changer la direction des lignes visuelles, puisque la distance du point n'a pas varié. Inversement, il peut continuer à le voir avec des verres convexes faibles et il relâche alors son accommodation sans changer davantage la direction des lignes visuelles.

D'un autre côté, on peut converger sans accommoder avec un peu d'exercice. Même résultat si l'on met devant les yeux des prismes dont le sommet soit dirigé vers la tempe ou vers le nez : dans le premier cas on diminue la convergence, dans le second on l'augmente sans que l'accommodation varie. (DONDERS, *Die Anomalie der Refraction*, 1888). On sait aussi que les hypermétropes accommodent beaucoup et convergent peu pour maintenir la vision binoculaire distincte et que les myopes peuvent converger fortement sans que leur muscle ciliaire se contracte, ce qui détruirait la netteté des images.

Ceci établi, la contraction de l'iris est-elle fonction de l'accommodation ou de la convergence ? WEBER met devant l'œil des verres concaves ou convexes, modifiant ainsi l'accommodation sans la convergence (on vient de le voir) ; il constate que la pupille reste immobile et conclut que c'est la convergence qui amène sa contraction. HERING et DONDERS sont d'avis que cette contraction dépend autant de la convergence que de l'accommodation, car, dans l'expérience de WEBER, si on augmente un peu l'effort, alors l'iris se contracte. L'expérience des prismes de DONDERS, qui fait varier la convergence seule, s'accompagne d'autre part de modifications pupillaires. Enfin PLATEAU dit que les mouvements de l'iris tiennent plus à l'action du muscle ciliaire qu'à celle du droit interne (1).

Il résulte donc de ces faits que l'accommodation, la convergence et la contraction de la pupille ont généralement lieu ensemble. On n'en sera pas surpris si l'on connaît la répartition des centres dans le noyau de la troisième paire. Ce noyau, situé au niveau de l'aqueduc de SYLVIUS, comprend un certain nombre de centres secondaires dont les trois antérieurs, d'après HENSEN et VOLKERS (*Von Grafe's Archiv*. 1878) se succéderaient dans l'ordre suivant : 1° centre de l'accommodation ou du muscle ciliaire ; 2° centre du sphincter irien ; 3° centre du droit interne. STAAR, KAHLER et PICK, WESTPHAL, PERLIA, SIEMERLING ont modifié chacun à leur tour la façon de placer ces noyaux secondaires : nous n'entrons pas dans leurs descriptions qui s'accordent toutes à mettre ces trois centres dans le voisinage très proche l'un de l'autre. Voilà la raison de leur action simultanée. Il y a là un système associé qui entre en jeu, sous l'influence de l'écorce cérébrale, dans l'accommodation.

On a la certitude de l'intervention de l'écorce cérébrale par l'expérience suivante : dans l'hémianopsie par lésion des radiations optiques au niveau de la partie postérieure de la capsule interne, le réflexe lumineux persiste si on éclaire n'importe quel point des rétines, même dans les moitiés aveugles, alors que l'accommodation n'a plus lieu, la communication avec l'écorce étant coupée.

L'accommodation, bien que devenue presque inconsciente par l'habitude, n'en est pas moins sous la dépendance de la volonté : on peut arriver à contracter ou à relâcher son muscle ciliaire (DONDERS). Le tabes, qui abolit les réflexes, respecte les mouvements volontaires (exception faite pour les paralysies accidentelles au cours de la maladie) ; la contraction de l'iris à l'accommodation, improprement appelée réflexe, on le voit, n'a pas de raison de disparaître dans l'ataxie. Le contraire arrive pour les mouvements de la pupille sous l'action de la lumière, qui relèvent d'un tout autre mécanisme.

B) L'excitation lumineuse de la rétine amène la contraction de la pupille. Ce mouvement est bilatéral, même si un seul œil est éclairé. Il est évident que le sphincter irien est mis en action par le noyau qui lui est propre et que nous avons indiqué quelques lignes

(1) Voir WERTHEIMER : *Accommodation* in *Dict. de Physiologie*.

plus haut : cela est d'ailleurs démontré. Mais quelle est la voie centripète du réflexe ? Ici naissent les discordances.

Il ne paraît pas que ce soient les fibres propres du nerf optique qui servent de conducteurs vers les centres pour ce réflexe. Il existe dans ce nerf des fibres spéciales, d'épais calibre, décrites chez l'homme par KEY et RETZIUS, chez les mammifères par GUDDEN, MONAKOW et BECHTEREW, sous le nom de fibres pupillaires et qui transmettraient l'excitation lumineuse agissant sur l'iris. Quel est leur trajet? MENDEL a cherché à le savoir en pratiquant l'ablation de l'iris chez des animaux nouveau-nés qu'il sacrifiait quelques mois après. Il constata une atrophie du ganglion de l'habenula ; cet organe dégénérerait donc après l'iridectomie qui abolit les mouvements de l'iris (*Berlin. Klin. Woch.* 25 nov. 1889). DARKSCHEWITSCH avait dit que les fibres pupillaires passaient dans la glande pinéale et le ganglion de l'habenula : ce dernier serait le centre réflexe des mouvements pupillaires. La voie suivie par le réflexe serait la suivante : les fibres pupillaires du nerf optique, le ganglion de l'habenula, la commissure postérieure, le noyau de GUDDEN ou ganglion interpédonculaire et les fibres du tronc de l'oculo-moteur commun.

MONAKOW, SIEMERLING (*Ueber die Veranderungen der Pupillenreaction bei Geisteskranken. — Verein der deuts. Irrenaerzte in Heidelberg.* 1896) MASSAUT (*Arch. f. Psychiatrie*, XXVIII, 1896) n'ont pas constaté d'atrophie du ganglion de l'habenula quand ils ont refait les expériences de MENDEL. MASSAUT a cependant pu suivre des fibres pupillaires dégénérées, au delà du chiasma du côté opposé, dans la bandelette optique, la commissure inférieure, les tubercules quadrijumeaux antérieurs et le faisceau pédonculaire : elles vont sans doute, directement et sans relai, au noyau du sphincter irien. CHARPY, d'après HELD, dit que, des tubercules quadrijumeaux antérieurs, la voie réflexe passerait par le faisceau longitudinal postérieur pour actionner, non seulement le sphincter irien, mais encore les noyaux de presque tous les nerfs crâniens (*Anatomie de* POIRIER. Tome III, p. 556 et 573).

Si le ganglion de l'habenula a été dépossédé de son rôle de centre réflexe, deux faits de BECHTEREW semblent aussi démontrer que la bandelette optique et les tubercules nates ne sont pas non plus sur le trajet que nous étudions. C'est d'abord que, chez les mammifères, la section de la bandelette optique n'empêche pas les pupilles de réagir à la lumière ; ensuite que, dans des cas de cécité dus à la destruction des tubercules quadrijumeaux, les pupilles réagissaient encore. (D'ailleurs, les fibres pupillaires doivent avoir, à partir d'un certain point, un trajet séparé de celui des fibres visuelles, sinon on s'expliquerait difficilement que le réflexe lumineux puisse manquer sans aucune altération de la vue (SOURY) et qu'il soit conservé dans la cécité corticale).

Il n'y a point de doute que les fibres optiques soient en rapport avec les tubercules nates, et alors les lois de WERNICKE viennent encore appuyer la réalité de deux trajets distincts pour elles et les fibres pupillaires. Ces lois sont les suivantes : 1° quand la voie nerveuse est interrompue en avant des tubercules quadrijumeaux, le réflexe pupillaire fait défaut ; 2° la réciproque est vraie.

(Ce qu'on appelle, en clinique, la réaction pupillaire hémiopique de WERNICKE confirme la première de ces lois. Voici en quoi consiste cette réaction : une lésion d'une bandelette optique amène, on le sait, une hémianopsie homonyme ; cette lésion affecte en même temps que les fibres optiques, sur les moitiés homonymes des rétines, les fibres pupillaires correspondantes à ces moitiés. Si donc on éclaire les parties rétiniennes aveugles, les pupilles restent immobiles ; si on éclaire les parties sensibles, elles se contractent).

HENSCHEN admet la présence des fibres pupillaires dans la bandelette optique jusqu'au corps genouillé externe, où elles n'entreraient toutefois pas (*Beitrage zur Pathol. des Gehirns.* III). BECHTEREW, invoquant les faits précités (*Neurolog. Centralblatt*, 1894), dit qu'immédiatement derrière le chiasma, les fibres pupillaires pénètrent sans entrecroisement dans la substance grise tapissant le troisième ventricule et vont au noyau de la troisième paire. Mais FLECHSIG et BOGROW ont vu ces mêmes fibres provenir non du chiasma, mais de la bandelette.

Les connaissances actuelles sur le trajet du réflexe pupillaire lumineux sont donc incomplètes ; de là l'impossibilité de préciser l'endroit où ce trajet est coupé chez les sujets offrant le signe d'ARGYLL. Néanmoins, ces données sont suffisantes pour se faire une idée générale de la production du phénomène. Il ne s'agit point de perte d'un réflexe avec intégrité d'un autre : il s'agit simplement d'*iridoplégie réflexe*, puisque l'accommodation est jusqu'à un certain point volontaire et dépend de la corticalité. ROUX, dans un

article récent (*Province méd.*, 30 avril 1898) appelle l'accommodation un réflexe cortical. Oui, si l'on veut, mais il faudra qualifier alors de réflexes tous les autres actes qui ont leur siège dans l'écorce et c'est assurément là un abus de langage, bien que quelques-uns n'hésitent pas à l'employer. Tout devient alors réflexe, ou bien rien ne l'est plus. Quoi qu'il en soit, la conclusion de Roux est certainement fondée : « Le tabes détruit tout d'abord les réflexes, et le signe d'ARGYLL ROBERTSON est l'équivalent du signe de WESTPHAL, même au point de vue de son mécanisme. »

FAITS CLINIQUES

Perception des pulsations cardiaques du fœtus par le palper abdominal dans un cas de présentation de la face

Par le Docteur **M. Oui**,
Professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Lille.

Dans le *Bulletin du Johns Hopkins hospital* du mois d'octobre 1897, M. DOUGLAS F. DUVAL réunissait les cas dans lesquels on avait pu percevoir, par le palper abdominal, les pulsations cardiaques du fœtus.

Ces cas sont peu communs, puisque l'auteur du travail que je viens de citer n'a pu en réunir que sept : trois de FISCHEL ; deux de KELLY ; un de FLEISCHMAN et un de VALENTA.

Dans cinq de ces observations, le fœtus se présentait par la face : trois fois en présentation franche ; deux fois en présentation irrégulière (variété frontale). Enfin, dans deux cas, il s'agissait de variétés postérieures de la présentation du sommet : OIDP — OIGP.

Nous laisserons de côté les deux observations qui se rapportent à des positions postérieures du sommet (KELLY, FISCHEL). Elles ne sont pas très probantes car, dans un cas, la situation exacte du point où se percevaient les pulsations n'est pas indiqué et, dans l'autre, le point indiqué n'est pas celui où le cœur devait battre, étant donné les renseignements fournis par le palper. Il est donc permis de se demander si les pulsations perçues par la main n'étaient pas des pulsations funiculaires.

Ceci est d'autant plus admissible que, dans les occipito-postérieures, la région précordiale est très éloignée des portions de la paroi abdominale accessibles au palper, tandis que, au contraire, dans les présentations de la face en MA le thorax du fœtus est étroitement appliqué en arrière de la paroi abdominale antérieure de la mère.

C'est dans un cas de ce genre que j'ai pu percevoir avec netteté les pulsations cardiaques du fœtus et les faire percevoir par plusieurs personnes, alors que j'étais chef de clinique à la Faculté de Bordeaux. Voici, d'ailleurs, l'observation de ce cas.

Marie C..., 26 ans, domestique, primipare, entre à la clinique le 8 février 1893, à six heures du matin. Arrivée au terme de sa grossesse, cette femme a commencé à ressentir les douleurs de l'accouchement à cinq heures du matin.

L'examen, par le palper, fait constater que la tête est engagée. On perçoit un plan résistant (plan latéral gauche) un peu à droite de la ligne médiane. Le siège est au fond de l'utérus.

Le toucher permet de constater une dilatation de l'orifice utérin égale, à peu près, au diamètre d'une pièce de cinq francs, et qui permet d'arriver sur le nez, la bouche et le globe oculaire droit. Les narines sont dirigées à gauche et en avant.

A l'auscultation, on trouve le maximum des bruits du cœur à peu près à mi-chemin de l'ombilic et du pubis, un peu à droite de la ligne médiane. La main placée à cet endroit perçoit manifestement les pulsations cardiaques. Ces pulsations sont perçues à différentes reprises par la sage-femme et les élèves de garde. Travail régulier : Dilatation complète et rupture des membranes à neuf heures du matin. Expulsion du fœtus à dix heures.

Malgré la rapidité de la période d'expulsion et bien que les bruits du cœur aient été perçus quelques minutes avant le dégagement de la tête, l'enfant (une fille de 3,050 gr.) naît asphyxié et ne peut être ranimé.

Ce n'est pas, ici, le moment de rechercher à quelle cause est due cette mort rapide du fœtus, signalée déjà par bon nombre d'accoucheurs, dans les présentations de la face.

Je ne veux pour l'instant qu'attirer l'attention sur cette perception par le palper des pulsations cardiaques du fœtus dans les présentations de la face en MA. Je dois faire remarquer, en effet que, dans tous les cas où les battements du cœur fœtal ont été ainsi perçus, il s'agissait de variétés antérieures de la face ou du front.

Ces cas sont évidemment peu nombreux. A ceux déjà publiés vient se joindre celui que j'ai observé ; mais je tiens à mentionner également un cas semblable, resté inédit et que j'ai entendu citer autrefois par mon maître et ami le professeur LEFOUR (de Bordeaux). Le total des faits observés avec le cas de LEFOUR et le mien serait donc de *sept*, chiffre bien minime, évidemment, mais qui serait, peut-être,

rapidement augmenté, si, dans les présentations de la face, on cherchait méthodiquement, par le palper, les pulsations cardiaques du fœtus, au lieu de les trouver par hasard.

Clinique Médicale de la Charité

Service de M. le Professeur COMBEMALE

Sur un cas d'endocardite mitroaortique végétante subaiguë

par **E. Bertin**, externe des hôpitaux.

Nous venons d'observer, dans le service de M. le Professeur Combemale, un cas d'endocardite subaiguë remarquable par son étiologie obscure, remarquable surtout par l'intensité et la multiplicité de ses lésions.

Le sujet est un homme de 35 ans, de constitution robuste, n'ayant aucun antécédent morbide héréditaire ni personnel. Interrogé très minutieusement, il affirme ne jamais avoir eu ni rhumatisme, ni maladie infectieuse ; on ne trouve chez lui aucune trace de syphilis ; il buvait un peu, sans toutefois faire d'excès réguliers, et ce n'est pas un alcoolique.

Jusqu'à l'âge de 33 ans, il a joui d'une parfaite santé. Il y a deux ans, il commence à ressentir les premiers symptômes de sa maladie ; il s'éveille un matin, ayant de la fièvre, une courbature générale, une céphalalgie intense et surtout de la dypsnée. Ces phénomènes apparaissent très brusquement ; ils durent cinq à six semaines ; puis, tout rentre dans l'ordre, le malade se croit guéri et reprend ses occupations. Cependant, peu de temps après, sous l'influence d'une fatigue, les troubles se reproduisent et forcent le malade à faire un séjour à l'hôpital. Depuis, il ne s'est jamais plus bien porté ; le moindre effort le met hors d'haleine, il se plaint de palpitations, et peu à peu il devient incapable de tout travail, c'est ce qui le décide à entrer dans le service de M. le professeur Combemale, le 25 mai 1898.

A l'examen du malade le thorax paraît normal ; la percussion donne une submatité aux deux bases, surtout à la base gauche ; la sonorité est normale dans le reste du poumon.

Les vibrations thoraciques sont augmentées à la base gauche.

A l'auscultation, on entend une respiration fréquente et haletante ; le murmure vésiculaire est affaibli aux deux bases ; au même niveau, principalement à la base gauche, on entend des râles très fins d'œdème pulmonaire La respiration est normale dans le reste du poumon. Le malade tousse et crache très peu ; l'expectoration est muqueuse, aérée. Le symptôme marquant du côté des voies respiratoires est la dyspnée.

En ce qui concerne l'appareil circulatoire, on s'aperçoit que la pointe bat dans le septième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire. Son impulsion est assez considérable.

A la palpation, on sent au niveau de la région précordiale un frémissement cataire systolique. La percussion donne une zone de matité s'étendant à quatre cent. environ en dehors du bord droit du sternum. A l'auscultation, on entend à la base un souffle très rude, en jet de vapeur, couvrant entièrement les deux temps de la révolution cardiaque, plus intense au second temps qu'au premier, se propageant dans la direction de l'aorte. A la pointe on entend encore un souffle, plus doux qu'à la base, mais encore assez râpeux ; il a son maximum d'intensité au premier temps, il couvre entièrement le petit silence et une partie du second temps ; il se propage dans la direction de l'aisselle.

Ces deux bruits, souffle de la pointe, souffle de la base, paraissent indépendants l'un de l'autre ; leurs foyers d'auscultation sont nettement distincts, et ils se propagent dans des directions différentes. Ils paraissent bien dus à des lésions organiques : leur propagation, leur intensité, leur timbre restent toujours les mêmes, soit après un repos prolongé, soit après les mouvements du malade. Ces divers caractères font porter le diagnostic suivant : insuffisance aortique et rétrécissement ; insuffisance et rétrécissement mitral.

Le pouls est vibrant, bondissant ; au sphygmographe, il donne une ligne d'ascension brusque, terminée par un crochet ; la ligne de descente est normale.

Les carotides ont des battements très marqués ; on ne sent pas d'impulsion de l'aorte dans la région sussternale ; pas de pouls capillaire, pas de double souffle crural.

L'appareil digestif est normal. Le foie déborde un peu les fausses côtes, mais n'est pas douloureux. Pas d'ascite.

Les urines sont rares et foncées. Elles ne contiennent pas d'albumine. L'œdème des jambes est très prononcé.

Le malade est soumis au régime lacté et au repos. On administre aussi la caféine. Sous l'influence de ce traitement, il se produit une légère amélioration. Quelques jours plus tard, sous une cause inconnue, l'état du malade s'aggrave ; le cœur devient tumultueux, irrégulier ; les intermittences sont fréquentes, la dyspnée est intense, la face est violacée, couverte de sueurs, et l'asphyxie est menaçante. Malgré un traitement énergique, le malade meurt quelques jours plus tard, en pleine asystolie : jambes enflées, urines rares, dyspnée au moindre mouvement.

L'autopsie, pratiquée trente heures après, porte immédiatement, et à peu près exclusivement, sur le cœur, dont le poids est de 600 grammes.

L'aspect extérieur n'est pas sensiblement modifié ; on observe cependant à la partie antéro-supérieure du péricarde viscéral un piqueté hémorrhagique très fin. La consistance est normale ; le cœur ne s'affaisse pas sur la table d'autopsie.

Face antérieure. Au niveau du ventricule droit, on

trouve deux plaques laiteuses, l'une supérieure, plus étendue, l'autre inférieure et interne : au niveau de l'auricule droite, on trouve quelques traces d'induration, ainsi que sur la convexité aortique. On trouve encore une plaque d'aspect laiteux au niveau de l'auricule gauche.

Face postérieure. On trouve quelques taches, plus petites, moins épaisses qu'à la face antérieure, principalement à la partie supérieure du ventricule droit et à la face postérieure de l'oreillette droite.

Aspect intérieur. Ventricule droit. La coloration est normale. Il n'y a pas d'épaississement endothélial. On trouve seulement quelques caillots agoniques. L'orifice pulmonaire n'est pas dilaté. Les valvules sigmoïdes conservent leur souplesse, leur consistance et leur aspect normaux. Les deux faces de la valvule tricuspide sont normales.

Ventricule gauche. La paroi n'est pas épaissie. Le myocarde et l'endocarde conservent leur coloration normale. Les piliers ont leur consistance habituelle. Il n'y a pas de rupture des cordages. Le ventricule est rempli de caillots agoniques. Les lésions prédominent aux valvules mitrale et aortique.

Valvule mitrale. Les deux faces sont bosselées, verruqueuses, surtout la face inférieure au niveau des insertions des cordages tendineux. La coloration en est blanchâtre. A l'ouverture, on pouvait constater la présence de nombreux points ecchymotiques qui ont disparu les jours suivant après conservation dans le formol. Les lésions sont surtout marquées à la grande valve, où les végétations sont beaucoup plus abondantes et plus volumineuses qu'aux autres valves. Elles ont l'aspect de véritables choux-fleurs ; quelques-unes ont subi une sorte de désintégration et il n'en reste plus qu'une cavité renfermant un détritus rougeâtre. Ces végétations ne se limitent pas au bord libre de la valvule, elles ont envahi les principaux cordages tendineux, et l'on trouve dans cette région un amas de cordons qui semblent compris dans une masse irrégulière très dure.

La petite valve est normale par sa face inférieure. Sa face supérieure présente un semis de granulations fragiles, molles, friables, de consistance élastique, tassées les unes contre les autres. A la partie moyenne se trouve une ulcération fissuraire, à bords taillés à pic. L'un des bords présente de nombreuses granulations. L'endocarde, au-dessous de l'orifice aortique, est légèrement épaissi et a une consistance dure, presque cartilagineuse.

Orifice aortique. Il est absolument méconnaissable. Les valvules sigmoïdes ont un bord libre considérablement hypertrophié, rouge, exulcéré. La valve antéro-interne est rongée, entièrement perforée ; son bord libre présente quelques granulations ; sa partie postérieure a un aspect réticulé, avec de nombreuses végétations volumineuses. La valve postérieure est complètement détruite et remplacée par une production de gros champignons végétants ; au niveau de son bord adhérent se trouve une ulcération fissuraire très irrégulière, à bords taillés à pic, à fond rougeâtre. Le bord libre est très épaissi, couvert de végétations rugueuses, irrégulières. La cavité aortique est saine dans la plus grande partie de son étendue, mais au niveau de la région interne, immédiatement au-dessus de la valvule, on trouve tout un nid de granulations verruqueuses, très fragiles, dont quelques-unes ont l'aspect filiforme.

Les embouchures des veines coronaires antérieure et postérieure sont respectées.

Les reins sont un peu congestionnés, mais ne présentent nullement l'aspect dit du gros rein blanc.

Le foie est légèrement augmenté de volume, atteint de dégénérescence graisseuse, mais on n'y trouve pas les lésions du foie infectieux de HANOT.

Les poumons sont emphysémateux, principalement le poumon gauche, et fortement congestionnés à leur base. Le poumon droit présente quelques adhérences. On ne trouve pas de traces de tubercules.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'un cœur qui présente quelques traces de péricardite, dont les cavités droites sont restées saines, tandis que les cavités gauches présentent des traces très manifestes d'endocardite subaiguë, verruqueuse, localisée plus particulièrement au niveau de la grande valve de la mitrale et surtout au niveau de l'orifice aortique. Les perforations et destructions des valvules sigmoïdes aortiques expliquent bien la prédominance des symptômes cliniques au niveau du foyer d'auscultation aortique. Quel est l'agent infectieux qui a produit des lésions si nombreuses et si intenses ? C'est ce que l'interrogatoire du malade et l'examen clinique n'ont pu nous apprendre, et qu'il eût été très intéressant de déterminer.

REVUE DES TRAVAUX ÉTRANGERS

Anatomie pathologique et étiologie de l'Eclampsie. — PRUTZ. (Deutsche, med. Woch. Déc. 1897).

L'examen de cinq cents cas montre que l'hémorrhagie est le fait caractéristique des lésions des différents organes et que, parmi les complications, la broncho-pneumonie et l'hémorrhagie cérébrale sont les principales causes de la mort. Les recherches bactériologiques donnent des résultats négatifs, sauf dans quelques cas d'infections mixtes. Les recherches chimiques sur le sang, la toxicité des urines ou du sérum sanguin en sont encore à leurs débuts et nos connaissances actuelles sur l'éclampsie ne justifient pas de conclusions fermes sur son étiologie.

Sur trois cent soixante-huit cas, l'auteur ne signale que sept fois l'intégrité des reins. La néphrite existait dans 46 °/ₒ des cas, et des lésions d'inflammation chronique dans 11.6 °/ₒ. Les lésions du foie, le plus souvent hémorrhagiques, existaient dans deux cent treize cas. Les hémorrhagies cérébrales se trouvent dans 28.4 °/ₒ des cas et les hémorrhagies méningées dans 53.5 °/ₒ. L'estomac, l'intestin, la rate, le pancréas, les capsules surrénales, les organes génitaux sont aussi fréquemment le siège d'hémorrhagies, qu'on rencontre encore dans la peau, les muscles, les muqueuses et les séreuses, ainsi que dans la glande thyroïde.

M. O.

VARIÉTÉS

Un exemple à imiter

Nous venons d'avoir indirectement connaissance du sonnet que nous publions ci-dessous, composé par notre concitoyen Monsieur Jules **Lefebvre**, professeur de mathématiques au Lycée Faidherbe, et qui a été dit le 17 juillet dernier, à La Motte-Beuvron (Loir-et-Cher), à l'occasion du cinquantenaire médical du docteur Alphonse **Chevallier**, devant une assemblée de plus de mille personnes, réunies pour lui témoigner leur reconnaissante affection.

Nous félicitons à la fois celui qui a inspiré, et celui qui a si fidèlement exprimé de tels sentiments.

C'est grande fête ici, fête de gratitude :
Un pays rend hommage à l'homme de savoir,
De qui le dévouement, le talent, et l'étude,
Du Mal et de la Mort ont restreint le pouvoir ;

A l'homme bienfaisant, dont la noble habitude
Est d'avancer toujours au delà du devoir ;
Qui, tant de fois au pauvre, en sa sollicitude,
Se donna tout entier sans en rien recevoir.

Depuis un demi-siècle, il secourt, il protège
Ceux que nous avons vus, formant un long cortège.
« Ah ! pour nous, que longtemps ses jours soient conservés »

— Disent-ils — Pour combler ce vœu de sympathie,
Dieu n'a qu'à lui garder la centième partie
Des jours qu'il a fait vivre aux gens qu'il a sauvés !

L'écho d'une manifestation de ce genre doit s'étendre, à notre avis, au-delà de la région où elle s'est produite. Elle est un exemple à signaler. Dans notre corps médical, si estimé et si digne de l'être, le succès n'est pas seulement la sanction de la valeur professionnelle, c'est aussi la récompense de la sollicitude continue, et de la bonté envers les déshérités de la fortune.

Le talent donne la notoriété, mais c'est le dévouement qui donne l'affection et la reconnaissance de tous.

Effets de la bicyclette

Le *Vélo* nous donne la liste des coureurs cyclistes qui viennent d'être ajournés ou réformés par le conseil de revision. Voici :

Nieuport, ajourné à Florence au consulat de France pour maladie de cœur; **Ruinart**, réformé lui aussi, pour hypertrophie du cœur; **Prévot** et **Domain**, les deux robustes coéquipiers de tandems, sont jugés faibles de constitution; **Deschamps**, le colosse à la stature élevée, aux membres énormes, a le cœur faible lui aussi; **Dumont**, cet autre colosse, après un voyage en Espagne, y est reconnu, toujours chez un consul, souffrant d'une maladie de cœur; **Deneau**, l'entraîneur, est réformé pour éraflure à la jambe; enfin, de plus en plus fort, Paul **Bourrillon** lui-même, le champion du monde, le vainqueur des vainqueurs, l'enfant de Marmande qui habite Paris, vient d'être réformé, lui aussi, à Bruxelles d'ailleurs, au consulat de France, où il était allé par hasard faire un petit voyage d'agrément. Oui, **Bourrillon** est trop faible pour supporter les fatigues de la caserne.

Voilà des pilules vraiment dures à avaler pour quiconque connaît la bicyclette et sait combien l'intégrité de l'appareil cardio-pulmonaire est indispensable pour mener « un train sévère » et à plus forte raison pour accomplir les exploits des **Nieuport** et des **Bourrillon** !

(Journal de médecine de Paris).

Triste statistique

Dans les guerres lointaines, guerres coloniales, qui sont des guerres de conquêtes et de races contre races, la lutte contre le milieu hostile, contre le climat inhospitalier est plus dangereuse encore que le feu de l'adversaire.

A l'appui de cette assertion, nous mettrons sous les yeux de nos lecteurs le relevé de la mortalité des troupes espagnoles à Cuba pendant l'année 1897 :

Décès par	fièvre jaune	6.034
—	fièvre typhoïde	2.500
—	dysenterie	12.000
—	fièvres intermittentes . .	7.000
—	maladies autres. . . .	5.000
	Total. . .	32.534

Le Dr Brunner, inspecteur sanitaire, estime en outre à 30.000 le nombre des convalescents évacués de Cuba sur l'Espagne, et sur ce nombre 10 °/o sont voués presque certainement à une mort plus ou moins prochaine.

Quelle lugubre statistique !

L'âge des ivrognes

Le Dr Georges Smith publie sur l'âge des ivrognes une édifiante statistique qui nous est transmise par la *Médecine moderne*.

Le nombre de personnes poursuivies pour ivrognerie en Angleterre et dans le Pays de Galles, en 1896, a été de 187.258. On a noté l'âge des délinquants chez 104.062. C'est sur ce dernier chiffre que M. Schmit base sa statistique, en remarquant toutefois qu'un nombre immense de personnes ivres échappent chaque jour aux bons soins des policemen. (Une partie de l'aristocratie anglaise se grisant à domicile échappe forcément à ce recensement d'un nouveau genre).

La proportion la plus forte se trouve de vingt et un à trente ans pour les hommes, et de trente et un à quarante pour les femmes.

De trente à cinquante ans, la proportion des pochards est d'une femme sur deux hommes. Avant trente ans et passé cinquante, le sexe fort reprend le dessus et la moyenne est de trois hommes pour une femme.

Pris en bloc, le nombre des ivrognes atteint son maximum entre vingt et quarante ans.

On pourrait s'étonner de voir décroître si rapidement le chiffre des buveurs au-dessus de quarante ans, mais M. Smith nous renseigne naïvement en déclarant qu'à cet âge la plupart ont déjà succombé aux suites de leurs excès alcooliques.

Et nous nous plaignons en France !!

Dr Echo.

Le nombre des mots employés par les différentes langues actuellement en usage

La langue anglaise est celle qui contient le plus de mots. Dans la dernière moitié de ce siècle, ces mots se sont multipliés avec une rapidité merveilleuse. Les dictionnaires les plus récents, comme celui d'Oxford, publié par le Dr Murray, ne contient pas moins de 250.000 mots! Puis viennent l'allemand avec 80.000 mots l'italien avec 45.000, le français avec 30.000, l'espagnol avec 20.000.

Parmi les langues orientales, la plus riche est l'arabe. La Chine se sert de 10.000 signes qui forment 49.000 mots composés Le Tamil, qui se parle dans le sud de l'Inde, a 67.612 mots, la langue turque 22.530, celle d'Hawaï 15.500. Les Cafres, suivant Colenso, n ont que 8.000 mots, les naturels de la Nouvelle-Galles, seulement 2.000. Le nombre d'individus parlant les langues occidentales se chiffre par plus de 100 millions parlant l'anglais, 60 millions parlant l'allemand, 41 millions le français, 41 millions l'espagnol, 35 millions l'italien, etc.

(*Journal d'Hygiène*) M. DE T.

Intérêts Professionnels

La loi donne aux médecins seuls le droit d'exercer la médecine, et en leur conférant ainsi un monopole elle ne leur permet ni de l'aliéner ni de le déléguer.

La deuxième Chambre du tribunal civil de Bordeaux a rendu mercredi dernier, 22 juin 1898, un jugement dans une affaire dont les circonstances spéciales sont suffisamment exposées dans la décision que voici :

« Attendu que C... père offre de prouver par témoins, à l'appui de la demande de dommages-intérêts par lui formée contre J..., le docteur X... et l'Administration des hospices de Bordeaux, que. . . . .

» Attendu que, de plus, le demandeur sollicite une expertise médicale à l'effet d'établir qu'une infirmité est résultée pour son enfant de l'opération pratiquée sur lui par J... ;

» Attendu que les défendeurs reconnaissent : 1° le fait de l'admission de l'enfant C... dans le service du docteur X... à l'hôpital des Enfants de Bordeaux ; 2° le fait de l'opération pratiquée sur lui par J... ;

» Attendu qu'ils dénient ensemble toute responsabilité à raison de ces faits comme du surplus de l'articulation du demandeur et que, en outre, J... rejette celle qui pourrait lui incomber sur le docteur X... ;

» Mais attendu que, étant donnés leurs aveux communs, si, d'une part, l'opération pratiquée par J... sur l'enfant C... a été mal faite et si, d'autre part, il en est résulté des conséquences dommageables pour cet enfant, il y aura lieu d'appliquer à J... et au docteur X... les articles 1382 et 1383 du Code civil et à l'Administration des hôpitaux de Bordeaux l'article 1384 du même Code ;

» Attendu, en effet, que J... n'étant ni docteur en médecine, ni officier de santé, ni même étudiant en médecine, a commis une faute en pratiquant une opération chirurgicale, en dehors de tout cas d'urgence pouvant constituer une force majeure ; que, à la vérité, il argue de ce que, se destinant aux fonctions de Mohel, il aurait dû, pour se mettre en mesure de les exercer se munir d'un certificat de médecine constatant son aptitude à circoncire et de ce que ayant demandé ce certificat au docteur X..., il aurait été obligé de se soumettre à l'épreuve exigée par ce dernier ; mais que, manifestement, il ne pouvait rendre légitime un acte qui lui était défendu par la loi, surtout s'agissant d'un enfant n'appartenant pas au culte israélite, pour l'avoir accompli en vertu d'une injonction à laquelle il aurait, en tout cas, dependu de lui de résister et à laquelle il aurait obéi seulement pour se procurer un avantage; que, même cette injonction, ainsi impuissante à l'exonérer au regard du demandeur, ne pourrait pas davantage, ayant été dictée par son intérêt exclusif, le faire couvrir par son codéfendeur ; que, au contraire, sa raison d'être conduirait plutôt à donner à celui qui l'aurait imposée garantie contre celui qui l'aurait subie, et que, au surplus, elle n'est pas établie ;

» Attendu, d'un autre côté, que le docteur X... a également commis une faute en confiant, dans un service où il était maître, l'opération dont il s'agit à J... ; que vainement il se prévaut de ce qu'elle aurait été faite sous sa surveillance ; de ce qu'il aurait, depuis plusieurs mois, préparé J... à la faire en lui en faisant pratiquer d'autres sur le cadavre ; de ce qu'elle aurait été le moyen tout indiqué d'apprécier définitivement l'aptitude de J... aux fonctions de Mohel ; et de ce que, ayant mission de par la loi même, de certifier cette aptitude, il aurait eu virtuellement qualité pour user du procédé le plus apte à la lui faire reconnaître ; que, en effet, d'une part, sa surveillance et la préparation antérieurement par lui donnée ne peuvent constituer des éléments à sa décharge si, en fait, l'opération ayant été mal faite et ayant eu des conséquences dommageables, surveillance et préparation ont été sans efficacité ; d'autre part, si un sentiment d'ailleurs louable le portait à se faire le certificateur de la capacité de J... et si un scrupule, fort honorable aussi, l'empêchait d'attester cette capacité sans s'en être dûment assuré, rien ne l'autorisait à enfreindre à cet effet la loi qui donne aux médecins seuls le droit d'exercer la médecine et qui, en leur conférant ainsi un monopole, ne leur permet ni de l'aliéner, ni de le déléguer ;

» Attendu, en troisième lieu, que le docteur X.., bien que ses éminents services soient au-dessus de toute comparaison avec son émolument, est à l'administration des hôpitaux de Bordeaux ce qu'un préposé est à un commettant et que ce rapport, pour être pris au sens le plus élevé de ses deux termes, n'en ouvre pas moins la nécessité juridique de déclarer ladite administration responsable de la faute dudit docteur ;

» Attendu, par suite, qu'il échet de faire rechercher par des experts si l'enfant C... a subi un préjudice par le fait d'une opération mal pratiquée sur lui par J... :

» Attendu que cette mesure d'instruction paraît devoir suffire, étant donnés les aveux des défendeurs, à condition d'y joindre l'autorisation pour les experts de s'entourer de tous renseignements qui seront par eux jugés utiles ; mais que, toutefois, il convient de réserver au demandeur, pour le cas où elle ne suffirait pas, la faculté de recourir ensuite à l'enquête dans la mesure où ce mode pourra rester opérant ;

» Par ces motifs, avant dire droit, commet MM. les docteurs Pitres, ancien doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux,

Morache, professeur à ladite Faculté, et Bourrut, directeur de l'Ecole du service de santé de la marine, à l'effet de, après serment prêté, rechercher et faire connaître en un rapport si l'opération faite par J... sur l'enfant C... a été mal faite; et, au cas de l'affirmative, quelles conséquences dommageables en sont résultées pour cet enfant; autorise lesdits experts à s'entourer de tous renseignements qui leur paraîtront utiles; réserve au demandeur la faculté de solliciter de nouveau l'enquête dans la mesure où elle pourra rester opérante après l'expertise, dépens réservés. »

Ainsi donc, celui qui n'est ni docteur en médecine, ni officier de santé, ni même étudiant en médecine, commet une faute en pratiquant une opération chirurgicale — la circoncision d'un enfant, dans l'espèce — en dehors de tout cas d'urgence. C'est en vain qu'il alléguerait pour sa défense que, se destinant aux fonctions de Mohel, il devait se munir d'un certificat constatant son aptitude à circonscrire.

D'autre part, le médecin chef d'un service hospitalier commet aussi une faute en déléguant une personne non qualifiée pour pratiquer cette opération, la loi donnant aux médecins seuls le droit d'exercer la médecine et ne leur permettant pas d'aliéner ni de déléguer le monopole à eux conféré.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCES DE THÈSE

M. A.-L.-L. Galand, de Cambrai (Nord), a soutenu, le lundi 25 juillet 1898, sa thèse de doctorat en médecine (5e série, n° 92), intitulée : **Étude thérapeutique des eaux de Saint-Parèze-le-Châtel.**

— M. J.-J. Lepoutre, de Prémesques (Nord), a soutenu, le mardi 26 juillet 1898, sa thèse de doctorat en médecine (5e série, n° 99), intitulée : **De l'asthme adénoïdien.**

— M. E.-D.-J. Dubois, de Lille (Nord), a soutenu, le mardi 26 juillet 1898, sa thèse de doctorat en médecine (5e série, n° 98), intitulée : **Documents relatifs à l'alcoolisme dans le Nord.**

— M. J.-B.-M. Dhaussy, d'Arras (Pas-de-Calais), a soutenu, le mercredi 27 juillet 1898, sa thèse de doctorat en médecine (5e série, n° 97), intitulée : **Contribution à l'étude de l'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques.**

— M. E.-C.-A. Baude, de Vendegies-sur-Ecaillon (Nord), externe des hôpitaux, a soutenu, le mercredi 27 juillet 1898, sa thèse de doctorat en médecine (5e série, n° 95), intitulée : **Traitement de la colique saturnine par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.**

— M. P.-L. Delarra, de Douai, a soutenu le 27 juillet 1898, sa thèse inaugurale (5me série, n° 94) intitulée : **Inconvénients du calomel.**

— M. A.-L. Bigotte, de Douai (Nord), a soutenu, le mercredi 27 juillet, sa thèse inaugurale (5e série, n° 100), intitulée : **Contribution à l'étude de la prétendue hypertrophie cardiaque de croissance.**

— M. G. Debary, de Montières-lez-Amiens (Somme), a soutenu, le 28 juillet, sa thèse inaugurale (5e série, n° 102), intitulée : **De l'indicanurie et de sa valeur symptomatique principalement dans la tuberculose, suivie de quelques considérations sur l'urobilinurie.**

M. L.-J.-I. Demeunelaere, de Dunkerque (Nord), a soutenu, le 29 juillet, sa thèse inaugurale (5e série, n° 97) intitulée : **Quelques documents relatifs à la mortalité par gastro-entérite chez l'enfant, en particulier pendant l'année 1897 à Lille.**

— M. A.-G. Hérin, de Lille, a soutenu, le 29 juillet, sa thèse inaugurale (5me série, n° 101), intitulée : **Des hernies internes rétropéritonéales et particulièrement de la hernie intersigmoïde.**

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

École de médecine d'Angers. — M. le docteur Douet, professeur de pathologie externe, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

École de médecine de Caen. — M. le docteur Léger est nommé chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra à Nantes du 4 au 11 août.

Dans la section des sciences médicales, présidée par le professeur Lépine, de Lyon, la question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Du diabète en général, et en particulier des progrès de cette maladie dans les principales villes de France.*

Mercredi dernier, s'est ouvert à Paris, sous la présidence du professeur Nocard, *le IVe Congrès pour l'étude de la tuberculose.*

Distinctions honorifiques

Sont promus ou nommés dans l'ordre de la *Légion d'honneur :*

Officiers : MM. les docteurs Planchon, directeur de l'École supérieure de Pharmacie de Paris; Lecorre, médecin en chef des colonies; Filhol, de Paris.

Chevaliers : MM. les docteurs Jolyet, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Preux, médecin principal, et Ricard, médecin de 1re classe des colonies.

— Dans l'ordre du *Mérite agricole :*

Officier : M. le docteur Normand-Duffié, aux Eglises-d'Argenteuil (Charente-Inférieure).

Chevalier : M. le docteur Labat, d'Ozourt.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Laurent, d'Angers (Maine-et-Loire); Nioucel, de Hourtin; Granger, de Charroux (Vienne); P. Sicaud, de Talence (Gironde); Dumesnil, de Paris; Biéchy, de Mons.

MM. Obolinski, professeur de chirurgie à l'Université de Cracovie.

ANALYSES. — LIVRES

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'hystérie, l'épilepsie et l'idiotie (Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1897), par BOURNEVILLE, volume XVIII, Paris, *Progrès médical*, 1898.

Voici le dix-huitième volume de cette collection unique en son genre, que l'on ne consulte jamais en vain. Les collaborateurs changent, quelques-uns du moins, mais l'esprit reste le même, qui préside à la rédaction de ce volume annuel, dont l'intérêt est voilé aux yeux du vulgaire derrière le terme volontairement terne de compte-rendu du service C'est la même tactique patiemment attendue. A une observation commencée et suivie durant de longues années, l'autopsie viendra donner son complément naturel, dix, vingt ans plus tard. Cette force : savoir attendre, ajoutée à celle que puise à l'École l'élève, de savoir voir, produit un beau jour des effets incalculables. Le moment approche où la somme de documents accumulés dans cette collection tentera un amateur de synthèse ; et ce jour-là verra le triomphe de la méthode que suit avec un imperturbable soin le directeur de cette publication. Qui, du reste, mieux que M. BOURNEVILLE, serait en mesure de le mettre à exécution. Faisons donc des vœux, non pour que la collection se termine là, nous voyons trop ce que la science y perdrait! mais pour que l'utilisation synthétique en soit livrée au grand jour et en bloc.

C'est bien du reste, mais en détail, le but de ce que chaque volume porte en première partie. Sous couleur d'histoire du service durant l'année écoulée, c'est le fonctionnement des méthodes de traitement, d'enseignement primaire et professionnel, c'en sont les résultats qui sont communiqués; et leur lecture en est attachante. Mais jeter dans le public médical l'opinion toute faite que l'épilepsie, l'idiotie ont un traitement palliatif, sinon curatif, serait mieux, à notre avis.

Dans la seconde partie du volume, on trouve cette année, comme documents intéressants, *l'observation du conscrit de Bicêtre*, qui souleva en son temps une polémique de presse et même une question au Conseil général de la Seine, un cas *d'épilepsie due à l'onanisme*, un travail sur la *pseudo-parencéphalie et la parencephalie vraie*, des observations *d'idiotie hydrocéphalique acquise*, *d'idiotie et épilepsie symptomatiques*, *de sclérose atrophique des deux lobes frontaux d'état de mal épileptique*, *d'épilepsie consécutive à une fièvre typhoïde*. On voit, par les titres seuls, avec quel soin sont étudiés les malades qui entrent dans le service de Bicêtre et quel profit l'enseignement peut en tirer, sans parler de celui qu'en tirent les malades.

Dr F. C.

OUVRAGES PARVENUS AUX BUREAUX DU JOURNAL :

La ictalbina (Knoll) nella odierna terapia, par SCONAMIGLIO, extrait du Giornale internazionale di medicina pratica, Naples, 1898.

— **Nuove ricerche sull'azione della diuretina nelle cardiopatie et nefropatie**, par SCOGNAMIGLIO, extrait du Giornale internazionale di medicina pratica, Naples, 1898.

— **Uber Naftalan**, ROSENBAUM, extrait du Deutsche medicinische Wochenschrift, Dresde, 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

29e SEMAINE DU 17 AU 23 JUILLET 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	6
3 mois à un an	13	9
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	1	1
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	5	5
40 à 60 ans	7	6
60 à 80 ans	6	6
80 ans et au-dessus	2	2
Total	45	43

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	NAISSANCES par Quartier	TOTAL des DÉCÈS	Autres causes de décès	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phthisie pulmonaire	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphtérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	6	9	3	»	»	»	»	»	3	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	1	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	9	14	9	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Moulins, 24,947 hab.	17	12	2	»	»	»	»	»	1	»	»	9	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Wazemmes, 36,782 hab.	21	19	5	»	»	»	»	»	3	1	»	8	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Vauban, 20,381 hab.	10	6	3	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	14	12	6	»	1	»	»	»	1	»	»	1	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»
Esquermes, 11,381 hab.	15	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	6	2	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	11	6	2	»	»	»	»	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Canteleu, 2,836 hab.	2	2	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	4	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Total	115	88	35	»	2	»	»	1	11	1	»	28	3	3	3	»	»	»	»	»	1	»

Lille — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc 25

Le gérant, Th CLERQUIN

N° 82. Deuxième Année, N° 32. Le Numéro : 10 centimes. 7 Août 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : I. De l'influence du cordon cervical du sympathique sur la fréquence des battements de cœur; II. De l'excitabilité du sympathique cervical dans certaines conditions expérimentales et pathologiques, par le professeur **E. Wertheimer.** — Un cas d'agoraphobie, par **G. Mouton.** — Variétés. — Nouvelles et informations. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A la **Société de Biologie,** MM. DÉJERINE et LONG apportent le résultat de l'étude de cinq cas d'hémiplégie d'origine cérébrale : quatre fois, il y avait eu une hémianesthésie plus ou moins accusée. Les recherches ont porté surtout sur le pied du pédoncule où on a constaté la dégénérescence de fibres émanées de la corticalité et venant s'arboriser dans le locus niger. Un petit faisceau, le peslemnicus de MEYNERT, n'appartient pas au ruban de REIL, mais rentre dans la pyramide bulbaire au niveau de l'entrecroisement. Ce petit faisceau semble jouir de fonctions spéciales de sensibilité.

Les mêmes auteurs ont étudié une moelle de chien qui présentait un foyer de nécrose accidentel, consécutif à une section d'une racine lombaire et limité à une moitié de la substance grise. Ils ont pu constater ainsi que la substance grise émet un grand nombre des fibres des cordons. Ces fibres endogènes restent disséminées, mais vont en partie jusque dans les segments supérieurs de la moelle.

*** M. GILBERT indique un moyen de faire apparaître un bruit de souffle continu dans la jugulaire externe, chez les chlorotiques. Il consiste à comprimer la jugulaire interne entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. Le sang de l'extrémité céphalique prend ainsi la voie de la jugulaire externe qu'il distend et dans laquelle il fait naître le bruit de souffle.

*** M. MOUSSU dit que la thyroïdectomie complète, avec ablation des parathyroïdes, entraîne fatalement la mort chez le chien et le chat. L'injection veineuse, à doses élevées, de suc thyroïdien, n'entrave pas l'évolution des accidents mortels. On peut, avec l'extrait aqueux parathyroïdien, pallier, dans une certaine mesure, à la rapidité de l'intoxication. Il semble résulter de ces expériences qu'il existe une fonction parathyroïdienne indépendante de la fonction thyroïdienne.

*** MM. ROGER et GARNIER ont constaté, dans la tuberculose, la fréquence de la sclérose du corps thyroïde. C'est seulement au microscope que les lésions se reconnaissent : le tissu thyroïdien semble se trouver en état de suractivité fonctionnelle. Cette sclérose est à rapprocher de la cirrhose tuberculeuse du foie et paraît due à l'action de la toxine circulante.

A la **Société médicale des Hôpitaux,** MM. RÉNON et FOLLET rapportent un cas d'anomalie d'éruption de la rougeole chez un homme de trente ans, atteint d'abord d'un catarrhe oculo-nasal abondant. L'éruption débuta par la face, elle était constituée par une série de petites plaques rouge-foncé, papuleuses, ne disparaissant pas à la pression, semées sur un fond rouge, ayant tous

les caractères d'un exanthème scarlatiniforme. C'est là un fait rare, exceptionnellement rencontré par SANNÉ et signalé seulement au début de la rougeole avant l'éruption et au cours de rougeole contemporaine de varicelle.

*** MM. GALLIARD et MONOD lisent l'observation d'une femme de 36 ans, ayant depuis un an des signes d'ulcère stomacal, qui éprouva brusquement, le 2 juin, une chaleur violente au côté gauche. Elle eut bientôt des vomissements, du météorisme, des signes de péritonite aiguë, de la fièvre. Le 16 juin, il existe à l'épigastre une voussure très remarquable avec sonorité exagérée et bruit de succussion. Le tympanisme s'étend à la base gauche du thorax où l'on retrouve, en arrière, le bruit de succussion et où les bruits respiratoires sont abolis ; pas de souffle amphorique, pas de tintement métallique La malade ne vomit plus, mais elle a de la diarrhée. Elle souffre beaucoup.

Le 18 juin, incision à l'épigastre : issue de pus et de gaz fétides ; la fièvre cesse. Cicatrisation presque complète le 17 juillet. L'état général est excellent et la digestion régulière. L'abcès gazeux sous-phrénique doit être attribué ici à une perforation de l'estomac.

A l'**Académie des sciences**, MM. MATRUCHOT et DASSONVILLE ont isolé et inoculé un nouveau champignon, qui vient de causer une épidémie sur les chevaux du 12e régiment d'artillerie. Le docteur LEFORT s'est offert lui-même à l'inoculation qui a fort bien réussi. C'est un trichophyton déterminant de l'herpès.

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — De l'influence du cordon cervical du sympathique sur la fréquence des battements du cœur

par **E. Wertheimer**, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Dans une intéressante observation que nous ont communiquée MM. COMBEMALE et GAUDIER, nos collègues ont signalé une amélioration très nette de la tachycardie, dans un cas de maladie de BASEDOW, à la suite de la résection des ganglions cervicaux supérieurs du grand sympathique. Ce fait d'ailleurs n'est pas isolé

J'ai fait remarquer, à ce propos, que contrairement à une opinion assez répandue, le cordon cervical du sympathique ne paraît pas renfermer de fibres accélératrices, et que par conséquent le ralentissement des battements du cœur, consécutif à l'opération, devait reconnaître un mécanisme autre que la suppression de fibres de cette catégorie.

Je suis d'autant plus tenu de justifier cette assertion que la conviction contraire a précisément servi de point de départ à M. JABOULAY, qui est, je crois, l'instigateur du traitement de la maladie de BASEDOW par la sympathicotomie.

En effet, dans une communication faite à l'Académie de médecine (27 juillet 1897), le chirurgien de Lyon s'exprime ainsi : « En réfléchissant à ce que pouvait être la maladie de BASEDOW, il m'a paru manifeste que celle-ci offrait, au moins par deux de ses symptômes cardinaux, l'exophtalmie et les palpitations, le tableau d'une excitation intense du sympathique cervical. »

Les réflexions que j'ai présentées sur le rôle attribué au sympathique cervical m'étaient suggérées par les données généralement admises en physiologie sur la répartition et la topographie des nerfs accélérateurs. Mais j'ai voulu baser mon opinion sur des recherches personnelles et ce sont les expériences que j'ai faites avec la collaboration de M. LEPAGE que je vais avoir l'honneur de vous communiquer.

Posons d'abord l'état de la question. De nombreuses expériences ont démontré que le principal système des nerfs accélérateurs émane de la partie inférieure de la moelle cervicale et de la partie supérieure de la moelle dorsale. Les filets dont l'excitation produit une augmentation de la fréquence des battements du cœur sortent, d'après la topographie établie en particulier par Fr. FRANCK (1), par les rami-communicantes des cinquième, sixième, septième et huitième paires cervicales, des première, deuxième, troisième, quatrième et cinquième paires dorsales et vont aboutir au premier ganglion thoracique du grand sympathique. Un certain nombre de filets accélérateurs partent directement de ce centre de convergence ; d'autres s'engagent dans les deux branches de l'anneau de VIEUSSENS, c'est-à-dire remontent vers le ganglion cervical inférieur, et se détachent soit de l'anneau. soit de ce dernier ganglion, pour gagner le plexus cardiaque.

Il existe également dans le pneumogastrique lui-même un certain nombre de fibres accélératrices que des artifices spéciaux d'expérimentation permettent de mettre en évidence.

(1) Art. Sympathique du Dictionn. Encyclopéd.

Mais le cordon sympathique du cervical amène-t-il aux ganglions de la base du cou des filets de même nature? Les anciens physiologistes n'en doutaient pas: « Les expériences de FOWLER, LUDWIG, WEBSTER, TRÈVE et principalement celles d'Alex. DE HUMBOLDT et les nôtres. dit LONGET (1); ont démontré que les pulsations du cœur peuvent être ranimées ou accélérées par le galvanisme appliqué aux rameaux cardiaques du grand sympathique ».

Parmi les physiologistes modernes, V. BEZOLD (1863) a soutenu la même opinion. Elle a été contredite immédiatement par LUDWIG et THIRY, par E. et M. CYON, par RUTHERFORD. Ce dernier met en garde contre la diffusion possible du courant au ganglion cervical inférieur, d'où partent, comme il a été dit, des filets accélérateurs, et, d'après des expériences faites sur le lapin, il s'accorde avec LUDWIG pour soutenir que le tronc du sympathique cervical « n'est nullement un nerf cardiaque ».

ARLOING et TRIPIER, qui ont excité le cordon nerveux chez le cheval, mais dans un autre but, celui de déterminer s'il prend part aux modifications qu'éprouve le cœur lors de la galvanisation du pneumogastrique, ont trouvé que celle du sympathique « n'a rien changé à peu près aux fonctions du cœur (2) ».

Chez le chat, BOEHM constate que l'excitation électrique du nerf au-dessus ou au-dessous du ganglion moyen ne produit que dans des cas isolés une accélération du rythme cardiaque (3).

CYON, dans un travail tout récent (1898), dont j'aurai encore à m'occuper plus loin, revient incidemment sur cette question (4) pour rappeler de nouveau et d'après de nouvelles expériences que « l'excitation du bout périphérique du sympathique est sans influence sur le cœur » (5). Et plus loin, dans le même mémoire: « Personne n'a réussi, en répétant les expériences de V. BEZOLD, à observer des accélérations semblables à celles qu'il obtenait. »

Cependant je dois faire remarquer qu'en France, F. FRANCK s'est rallié, avec quelque réserve peut-être, à l'opinion de V. BEZOLD. Après avoir exposé ses expériences dans l'article que j'ai cité plus haut, ce physiologiste ajoute : « De la discussion et des faits précédents, on peut donc conclure, me semble-t-il, à l'action accélératrice directe du sympathique cervical. » Ainsi, d'après FRANCK, un groupe de fibres accélératrices, provenant vraisemblablement en partie du bulbe, en partie de l'extrémité supérieure de la moelle cervicale, par l'intermédiaire des rameaux communicants des trois premières paires cervicales, arriverait au ganglion cervical supérieur, et se rendrait de là dans les ganglions de la base du cou, par la voie du cordon cervical du sympathique.

(1) *Traité de Physiol.* t. III, p. 564, 1873.
(2) *Arch. de Physiol.* 1873, t. V, p. 164.
(3) *Arch f. experim. Pathol.*, t. IV, 1875.
(4) *Arch. de Pfluger*, t. 70.
(5) Loc. cit. p. 193.

Par contre, dans leur récent Traité de physiologie, MORAT et DOYON (1) ne mentionnent pas l'influence accélératrice de ce cordon

EXPÉRIENCES

Nos expériences ont porté sur trente-quatre animaux (trente-trois chiens, un lapin). Comme les résultats ne varient pas sensiblement, d'un animal à l'autre, il eut été inutile d'en sacrifier un si grand nombre, si nous n'avions pas étudié en même temps d'autres points relatifs à la physiologie des nerfs accélérateurs.

Quelques chiens étaient curarisés, mais le plus grand nombre recevaient de la morphine (un centigramme par kilogramme), parce que nous tenions à enregistrer en même temps les mouvements respiratoires.

Le sympathique cervical était excité toujours dans son segment le plus rapproché de la tête. On sait que chez le chien il se confond avec le tronc du pneumogastrique, presque immédiatement au-dessous du ganglion cervical supérieur ; mais on arrive à l'isoler sur une longueur suffisante pour pouvoir agir sur lui, sans avoir à craindre la diffusion ou la dérivation au nerf vague ; cependant avec les courants forts, celles-ci peuvent se produire.

Le filet sympathique était lié aussi près que possible de l'extrémité inférieure du ganglion et coupé immédiatement au-dessus de la ligature. Le pneumogastrique était lui-même sectionné un peu au-dessous du plexus gangliforme, pour éviter la dérivation aux filets centripètes de ce nerf.

Au moment de l'expérience le cordon sympathique était soulevé en dehors de la plaie, par le fil qu'on y avait attaché et il était excité par le courant induit (petit chariot de RANVIER, trois éléments LÉCLANCHÉ).

Comme nos premières expériences nous avaient bientôt appris que l'action accélératrice du sympathique était à peu près nulle, il y avait intérêt à employer un courant assez fort pour la mettre en évidence, dans le cas où elle existerait ; il fallait cependant qu'il ne le fût pas trop, pour éviter la diffusion possible au pneumogastrique. On commençait donc généralement l'expérience, la bobine induite étant au n° 5 du chariot ; il était rare qu'avec ce courant, déjà assez intense, on observât un retentissement du côté du pneumogastrique : si pourtant il se manifestait, on éloignait plus ou moins la bobine secondaire de la primaire ; dans les cas, au contraire, où le sympathique avait pu

(1) Traité de physiologie, Paris, 1898.

être isolé sur une longueur assez grande, on renforçait encore progressivement l'excitation.

D'autre part, pour être certain que le défaut de réaction du côté du sympathique cervical n'était pas imputable à une condition quelconque créée par le mode d'expérimentation, on interrogeait comparativement chez le même animal, avec la même intensité du courant, l'excitabilité des nerfs accélérateurs préalablement mis à découvert.

Comme il est plus facile de découvrir ces nerfs à droite qu'à gauche, c'est exclusivement sur le côté droit qu'on a expérimenté.

Les pulsations étaient inscrites au moyen d'un tambour sphygmoscope, appliqué sur la fémorale, et ne nécessitant que la mise à nu et non l'ouverture du vaisseau. Le signal de Déprez marquait les excitations et le pneumographe de Marey les mouvements respiratoires, quand il y avait lieu d'enregistrer ces derniers.

Voici quels ont été, en résumé, les résultats de ces expériences. Sur trente-trois chiens, quinze fois l'excitation du sympathique n'a amené aucune modification dans le rythme des pulsations; quatorze fois il y a eu une accélération plus ou moins marquée. La fréquence normale du pouls étant comprise, en général, entre douze et vingt pour une période de dix secondes, on a compté, pendant l'électrisation, de une à neuf pulsations en plus pendant une période de même durée. (Dans les chiffres que je vais reproduire je compterai toujours, soit dit une fois pour toutes, par période de dix secondes). Cependant dans ces quatorze cas une accélération notable, de quatre à cinq pulsations, n'a été observé que cinq fois; une seule fois elle a été jusqu'à neuf pulsations. Enfin dans quatre cas il y a eu un ralentissement d'une à deux pulsations.

Arrêtons-nous surtout à l'accélération. Devrons-nous conclure que dans près de la moitié des cas environ, il y a dans le sympathique cervical un nombre plus ou moins considérable de fibres accélératrices? La conclusion serait prématurée. Il ne faut pas oublier, en effet, que ce nerf renferme aussi des fibres centripètes dont l'électrisation peut provoquer des réactions réflexes accélératrices, ainsi que cela se produit à la suite de l'irritation d'un nerf quelconque de sensibilité générale. Il est exceptionnel, à vrai dire, d'observer des manifestations douloureuses pendant l'électrisation du bout périphérique du sympathique; dans un cas seulement j'ai noté que l'animal a poussé des cris. La sensibilité consciente du sympathique, déjà très obtuse normalement, était encore émoussée dans nos expériences par la narcotisation; mais celle-ci n'empêche pas les réflexes inconscients de se produire; elle les exagérerait plutôt. La meilleure preuve que l'accélération du cœur ne faisait que traduire l'excitation de fibres centripètes, c'est que dans la majorité des cas le phénomène disparaissait sous l'influence de la chloroformisation, qui laissait subsister au contraire, dans toute son intensité, l'augmentation de fréquence produite par l'excitation des nerfs accélérateurs véritables.

Chez l'animal narcotisé et non chloroformé, une autre cause de perturbation dans la fréquence des battements du cœur, ce sont les modifications du rythme respiratoire provoquées par l'irritation des filets sensibles et qui d'ailleurs ne disparaissent pas toujours complètement, même sous l'influence de l'anesthésie.

Un mot encore sur les cas où l'on observe un ralentissement, très faible, comme il a été dit. Faut-il l'attribuer à une dérivation du courant au pneumogastrique: cela ne me paraît pas probable, parce que nous sommes habitués à voir une excitation du pneumogastrique, dès qu'elle devient efficace, se manifester par un ralentissement bien plus marqué que celui que nous observions. V. Bezold avait admis que le cordon du sympathique cervical pouvait contenir d'un côté des fibres accélératrices et de l'autre des fibres d'inhibition. Il est probable que dans les cas que je signale, comme dans ceux de V. Bezold il s'agit d'un réflexe modérateur: d'ailleurs les variations aussi faibles que celles de nos expériences pourraient être spontanées.

Quelques exemples suffiront à illustrer cet exposé.

Les fig. 1 et 2 proviennent d'un chien curarisé. Avant l'excitation du sympathique cervical on compte vingt pulsations par dix secondes. Pendant l'excitation la fréquence du cœur ne subit aucune modification (fig. 1).

La fig. 2 donne les résultats comparatifs de l'excitation de l'anneau de Vieussens avec la même intensité du courant (n° 5 du chariot). Le nombre des pulsations, qui était de vingt-et-un, monte à vingt-neuf lors du maximum d'accélération. On voit aussi que ce maximum ne s'établit qu'avec un retard très long, près de dix secondes, ce qui est un phénomène particulier à l'excitation des nerfs accélérateurs: si j'avais pu reproduire le tracé complet, on constaterait que l'augmentation de fréquence se maintient assez longtemps après que l'excitation a cessé.

Les fig. 3 et 4 ont été également fournies par un chien curarisé. Avant l'excitation du sympathique, on compte: 12,5 pulsations (toujours par dix secondes); après l'excitation: 11,5.

Chez cet animal, pour agir sur les accélérateurs, on n'a électrisé que la branche postérieure de l'anneau de Vieussens. Avant l'excitation, on a, comme précédemment, 12,5 pulsations; pendant l'excitation, 18. L'action des accélérateurs se manifeste par les mêmes caractères signalés plus haut.

Le chien qui a donné les fig. 5 et 6 était morphiné. Pendant la recherche des accélérateurs on a perforé la plèvre et on a dû établir la respiration artificielle. On trouve: avant l'excitation du cordon cervical, 18 à 19 pulsations; pendant l'excitation, 19; avant l'excitation des accélérateurs, 19; pendant l'excitation, 31.

Je prendrai maintenant un des types d'expériences dans lequel l'augmentation de fréquence produite par l'excitation du sympathique cervical a été des plus prononcées.

L'animal étant morphiné, on commence par l'excitation des nerfs accélérateurs (n° 5 du chariot), la fréquence des pulsations s'élève de 10 à 32 (fig. 7). Quand le rythme du cœur est redevenu normal, on excite le cordon cervical avec la même force du courant: le nombre des pulsations monte de 11 à 19 (fig. 8).

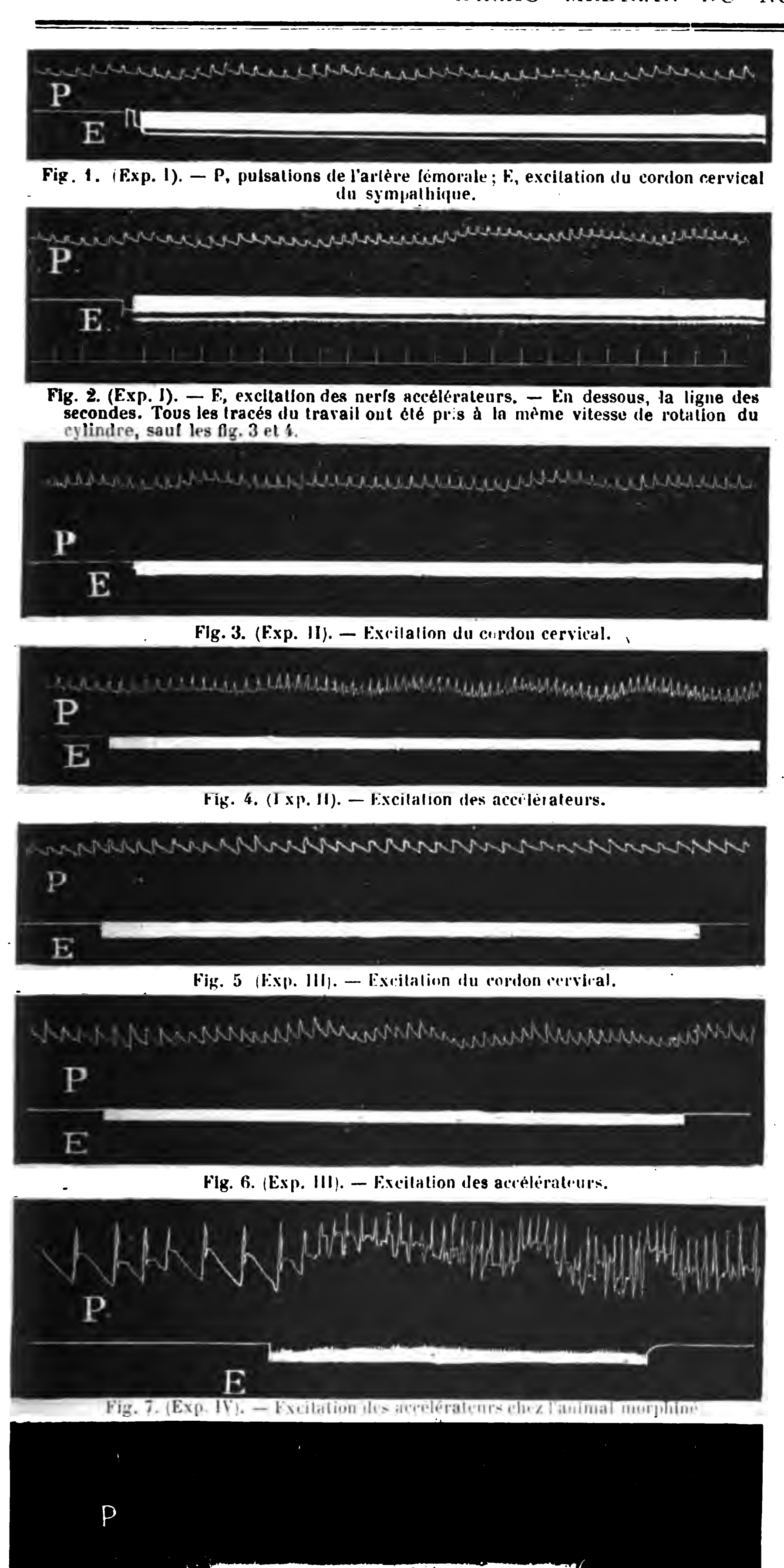


Fig. 1. (Exp. I). — P, pulsations de l'artère fémorale ; E, excitation du cordon cervical du sympathique.

Fig. 2. (Exp. I). — E, excitation des nerfs accélérateurs. — En dessous, la ligne des secondes. Tous les tracés du travail ont été pris à la même vitesse de rotation du cylindre, sauf les fig. 3 et 4.

Fig. 3. (Exp. II). — Excitation du cordon cervical.

Fig. 4. (Exp. II). — Excitation des accélérateurs.

Fig. 5 (Exp. III). — Excitation du cordon cervical.

Fig. 6. (Exp. III). — Excitation des accélérateurs.

Fig. 7. (Exp. IV). — Excitation des accélérateurs chez l'animal morphiné.

Fig. 8. (Exp. IV). — Excitation du cordon cervical chez l'animal morphiné.

Mais pour peu qu'on soit familiarisé avec les résultats de l'excitation des nerfs accélérateurs, on pourrait presque affirmer, à l'examen de ce tracé, que cette augmentation de fréquence, bien que très marquée, n'est pas due à l'irritation de fibres accélératrices, mais bien à une réaction réflexe des filets centripètes du cordon sympathique.

On remarquera, en effet, que l'accroissement du nombre des pulsations commence et cesse immédiatement avec l'excitation elle-même.

Il est vrai que sur le tracé 7, on constate également une accélération instantanée, parce que les deux branches de l'anneau de Vieussens, qui ont été excitées *in situ*, renferment aussi des fibres centripètes, dont la sensibilité est même très vive et dont l'effet vient s'ajouter à celui des nerfs accélérateurs eux-mêmes : mais par contre l'augmentation de fréquence se maintient après que l'électrisation a cessé. Pendant les dix secondes qui suivent l'excitation des accélérateurs, on compte encore 25 pulsations ; pendant les dix secondes qui suivent celle du cordon cervical, on en compte 11.

Mais à ces arguments qu'on pourrait ne pas trouver assez convaincants, ajoutons la preuve directe. Anesthésions l'animal par le chloroforme et alors nous obtenons les deux tracés comparatifs des fig. 9 et 10.

L'excitation du sympathique cervical ne produit plus rien, la fréquence des pulsations se maintient à 12. Pendant qu'on électrise l'anneau de Vieussens au contraire le pouls monte de 11,5 à 21. On remarquera sur la fig. 10 des irrégularités qui se produisent pendent l'accélération, et sur lesquelles nous ne nous arrêterons pas, parce que ce point doit faire l'objet d'un travail particulier.

Je reproduis encore une autre expérience du même genre. L'animal dont il s'agit n'avait pas été morphiné, mais simplement chloroformé pendant la recherche du sympathique et des nerfs accélérateurs. Quand l'anesthésie eut disparu, on excita le cordon cervical : la fréquence du pouls s'éleva de 15 à 19. On donna alors de nouveau du chloroforme jusqu'à disparition de la sensibilité cornéenne : puis on excita le sympathique cervical pendant environ vingt-six secondes avec le même courant que précédemment : le pouls, qui était à 17, se maintient à 16,5, pendant l'excitation

(fig. 11). Environ quinze secondes après, on excita les accélérateurs, l'animal étant toujours maintenu sous l'influence du chloroforme : la fréquence du pouls s'éleva de 17 à 36 (fig. 12).

Chez un seul chien qui avait été morphiné, et chez lequel l'excitation du sympathique cervical avait porté le nombre des pulsations de 14 à 19, j'ai vu persister, après chloroformisation, une accélération assez marquée (de 4 pulsations), sans que la respiration, enregistrée en même temps, présentât aucune modification. Dans trois autres cas on pouvait noter encore, malgré l'anesthésie, une augmentation de fréquence de 1 à 2 pulsations.

Enfin chez le seul lapin, chez lequel nous avons expérimenté, l'excitation du sympathique n'a absolument rien produit, bien que le courant fût progressivement porté jusqu'à son maximum d'intensité.

De toutes ces expériences nous pouvons donc conclure que la présence de fibres accélératrices dans le cordon cervical du sympathique est un fait exceptionnel. Je rappellerai qu'il y a plusieurs années déjà, j'avais constaté que les racines des trois premières paires cervicales ne contribuent pas à transmettre au cœur l'influence accélératrice des centres (1).

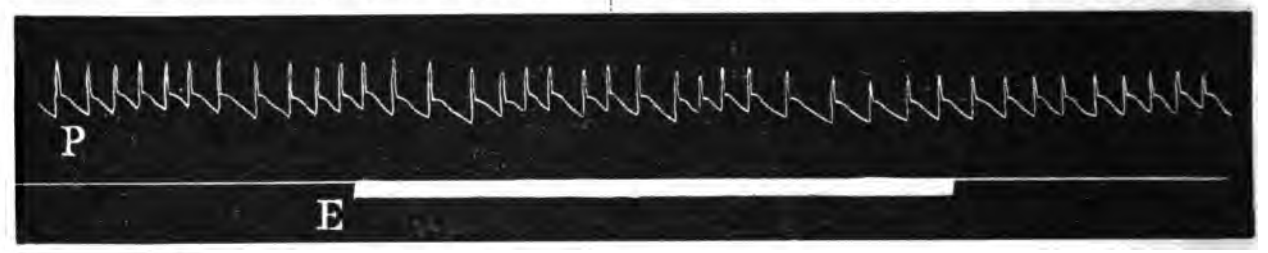


Fig. 9. (Exp. IV). — Excitation du cordon cervical chez l'animal morphiné et chloroformé.

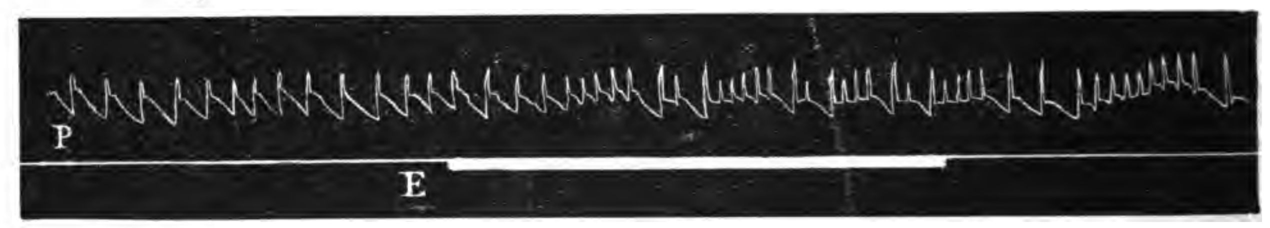


Fig. 10. (Exp. IV). — Excitation des accélérateurs chez l'animal morphiné et chloroformé.

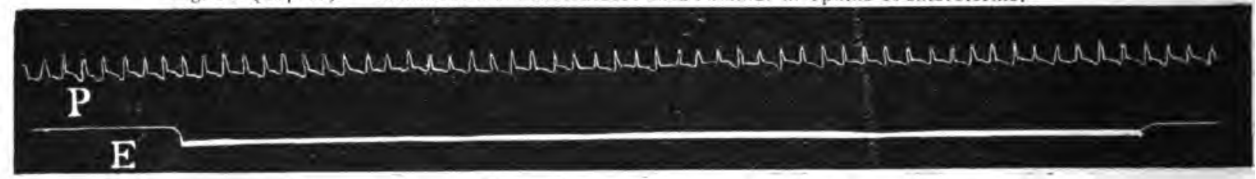


Fig. 11. (Exp. V). — Excitation du cordon cervical chez l'animal chloroformé.

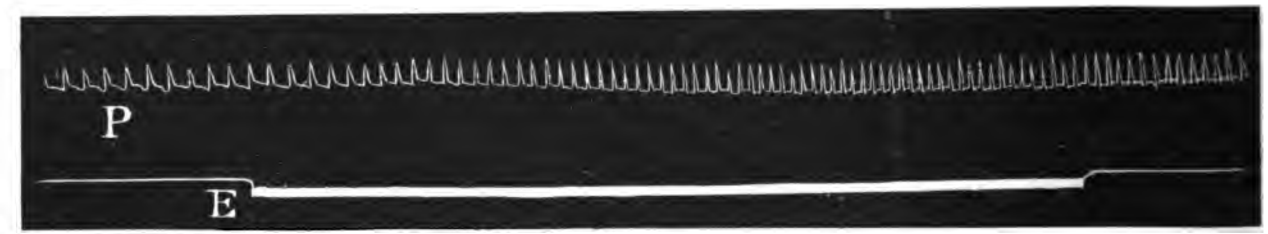


Fig. 12. (Exp. V). — Excitation des accélérateurs chez l'animal chloroformé.

II. — De l'excitabilité du sympathique cervical dans certaines conditions expérimentales et pathologiques

Nous venons de voir que la physiologie normale du sympathique cervical ne peut servir à expliquer l'amélioration ou la guérison de la tachycardie consécutive à la résection de ce nerf. Mais à supposer même qu'il renfermât des fibres accélératrices, une autre donnée, d'ordre physiologique, ne serait pas favorable à l'opinion qui attribue cette amélioration à la suppression de fibres de cette nature. La plupart des expérimentateurs sont en effet d'accord pour admettre que, chez l'animal intact, l'ablation du système accélérateur ne modifie pas le rythme des battements du cœur, que l'activité du centre correspondant n'est pas tonique. Ce n'est qu'après section préalable des

(1) *Soc. de biologie*, 1895.

pneumogastriques que quelques physiologistes ont vu l'extirpation des accélérateurs amener un ralentissement du pouls.

Il n'est d'ailleurs pas inutile de faire remarquer que la sympathicotomie, dans la maladie de Basedow, n'a pas comme conséquence forcée un amendement de la tachycardie. Je n'ai pas fait le relevé de toutes les opérations qui ont été publiées, je me suis borné à réunir les cas analysés ou reproduits dans le journal « *la Presse médicale* » de 1897. Péan, d'après une observation personnelle, déclare que la résection du sympathique diminue les symptômes de compression, mais ne produit aucun effet sur les symptômes nerveux du goître exophtalmique. Faure a obtenu des résultats favorables au point de vue de l'exophtalmie et de la régression du goître ; la tachycardie resta à peu près stationnaire. Pour Doyen, la thyroïdectomie supprime en huit jours la tachycardie contre laquelle la réaction du sympathique est impuissante. A la suite de l'ablation bilatérale du sympathique cervical, Chauffard et Quénu ont observé d'abord une aggravation de la tachycardie, et le bénéfice définitif au point de vue cardiaque fut nul. Restent cependant les cas positifs tels que celui de nos collègues, ceux de Jaboulay, Jonnesco.

Les données expérimentales nous faisant défaut pour expliquer ces résultats favorables, nous en sommes réduits à des hypothèses. On pourrait supposer, par exemple, que l'ablation des ganglions supérieurs modifie la pression sanguine et par son intermédiaire le rythme du cœur. En m'entretenant avec MM. Combemale et Gaudier des conséquences de leur opération, j'ai exprimé l'opinion que peut-être la résection de ces ganglions modifie le fonctionnement de la thyroïde en supprimant des filets vasculaires et sécrétoires fournis à la glande par ces renflements nerveux. Ce qui m'a frappé en effet dans leur observation, c'est que le ralentissement des battements du cœur ne s'est manifesté qu'à partir du troisième jour après l'opération : cette action à longue échéance n'est en tout cas guère compatible avec l'idée d'une suppression de fibres accélératrices.

Peut-être pourrait-on trouver les éléments d'une nouvelle explication dans le travail que vient de consacrer Cyon aux relations de la fonction thyroïdienne avec l'innervation du cœur.

Résumons brièvement les faits et les idées exposées par ce physiologiste, en ce qui a trait à notre sujet.

Les iodures produisent un accroissement de l'excitabilité des nerfs accélérateurs, de sorte que l'excitation du nerf sympathique au cou, qui d'ordinaire reste sans effet sur les battements du cœur, en augmente le nombre, après injection de ces sels : ceux-ci exercent, en outre, une action paralysante sur les nerfs dépresseurs et sur les pneumogastriques.

L'iodothyrine a sur les nerfs du cœur une influence tout-à-fait inverse à celle des iodures : elle excite ces nerfs et active leur fonctionnement.

La glande thyroïde aurait pour fonction de rendre inoffensifs les sels d'iode, en les transformant en une combinaison organique : l'iodothyrine.

Lorsque la glande thyroïde ne fonctionne plus, l'iode et les iodures qui pénètrent par des voies diverses dans l'économie peuvent donc manifester leur action nocive et, en effet, il y a une analogie qui va jusqu'à l'identité entre les conséquences de la thyroïdectomie et celles de l'injection d'iodures dans le sang. De part et d'autre on observe même diminution de l'excitabilité des pneumogastriques et même accroissement d'excitabilité des nerfs accélérateurs.

Il est intéressant de noter aussi que le phosphate de soude qui est, comme l'iodothyrine, un antagoniste des sels d'iode et qui diminue l'excitabilité des accélérateurs, a donné de bons résultats dans le traitement de la maladie de Basedow.

J'ai pensé que l'on pourrait appliquer ces données à l'explication des effets de la sympathicotomie sur la tachycardie. Il faut faire cependant deux hypothèses : la première c'est que le syndrome de Basedow a son point de départ dans une affection de la glande thyroïde, ce qui est admis, il est vrai, mais non démontré : la deuxième c'est que certaines formes de cette maladie dépendent non d'une exagération, mais d'une perversion dans l'activité de la glande. Si celle-ci, par exemple, n'est plus en état de fixer l'iode pour en faire de l'iodothyrine, nous rentrons dans le cas des animaux thyroïdectomisés chez lesquels on observe une augmentation d'excitabilité de l'appareil accélérateur, en même temps qu'un état paralytique de l'appareil modérateur. La résection du sympathique supprime alors un des agents de l'accélération, et cela, dans des conditions d'autant plus favorables que les pneumogastriques sont paralysés : en effet, comme on l'a vu, d'après quelques expérimentateurs, la suppression des accélérateurs serait suivie d'un ralen-

tissement du cœur, quand les nerfs vagues sont préalablement mis hors d'action.

Mais l'application des expériences de Cyon à l'interprétation des effets de la sympathicotomie dans la maladie de Basedow n'a, en définitive, qu'un intérêt secondaire ; ce qu'il y a surtout à faire ressortir au point de vue physiologique, c'est ce fait curieux que le sympathique cervical qui n'est pas normalement un accélérateur du cœur, le devient à la suite des injections d'iodures ou, ce qui reviendrait au même, d'après Cyon, à la suite de l'ablation des glandes thyroïdes.

Par quel mécanisme se développe cette propriété nouvelle. Cyon n'est pas explicite à cet égard : l'excitation, dit-il quelque part, est transmise directement au ganglion cervical inférieur. Mais est-ce par des fibres centrifuges véritablement accélératrices, dont la puissance, virtuelle à l'état normal, deviendrait effective sous l'influence des iodures ou des substances toxiques quelconques qui circulent dans le sang chez les animaux thyroïdectomisés. Ou bien au contraire l'irritation agit-elle directement par les fibres sensibles du cordon cervical sur les cellules nerveuses du ganglion cervical inférieur et sur les nerfs accélérateurs qui en partent. Cette manière de voir n'a rien d'invraisemblable pour ceux qui admettent que les ganglions du grand sympathique jouissent du pouvoir réflexe.

Sans rejeter cette dernière hypothèse, il y en a une autre qui me paraît la plus plausible, c'est qu'il s'agit simplement de réactions réflexes banales, provoquées par les filets sensibles du cordon cervical, en état d'hyperesthésie, sur les centres accélérateurs cérébro-spinaux dont l'excitabilité est sans doute elle-même accrue. Les expériences personnelles dont j'ai rendu compte montrent bien, en effet, à quel point le degré plus ou moins prononcé de la sensibilité du sympathique cervical influe sur les modifications cardiaques produites par l'excitation du nerf, puisqu'elles disparaissent habituellement sous l'influence de la chloroformisation.

Or, Cyon note à plusieurs reprises l'impressionnabilité excessive du cordon cervical du sympathique chez les animaux à thyroïde enlevée. Sous l'influence de l'intoxication, la sensibilité consciente du sympathique paraît se développer et la sensibilité réflexe s'exagérer. C'est ainsi qu'il est dit, dans le récit de ces expériences, que le tiraillement ou la ligature du cordon cervical produit tantôt des violentes convulsions, tantôt des convulsions avec de vives manifestations de douleur. L'hyperexcitabilité des filets centripètes du sympathique me paraît donc être dans ces conditions le facteur principal de l'accélération du cœur.

L'accroissement d'excitabilité du cordon cervical qui a été observé par Cyon, surtout chez le lapin, est-il cependant un fait général qui se retrouvera chez toutes les espèces animales ? J'ai voulu voir ce qu'il en était chez le chien ; comme je n'ai pris connaissance du travail de Cyon que tout récemment, je n'ai encore pu faire à ce sujet que deux expériences. L'un des animaux avait subi l'ablation des thyroïdes le 12 juillet. N'ayant pas intérêt à suivre les phénomènes généraux consécutifs à l'opération, je ne le revis pas avant le 15 juillet, vers 11 heures du matin. Il était pris à ce moment d'une polypnée intense. Le nombre des respirations était de 130 à 140 par minute. La température rectale de 41,8. Gley, en effet, a bien mis en relief les relations de cette polypnée avec l'élévation de température chez les animaux thyroïdectomisés (1).

Couché sur le flanc, le chien était incapable de se remettre debout, les membres postérieurs étaient contracturés en extension, les membres antérieurs paraissaient plutôt paralysés : par intervalles, de violentes secousses convulsives agitaient les muscles temporaux et faisaient claquer les dents.

Je revois l'animal à trois heures du soir ; le tableau a complètement changé, il n'y a plus que 16 à 18 respirations, la température rectale est à 36°2.

Kocher a constaté chez l'homme et Horsley chez l'animal, privés de leurs glandes thyroïdes, une susceptibilité extraordinaire aux variations de la température extérieure. Je ne sais si le trouble apporté par la thyroïdectomie à la régulation de la chaleur animale par le système nerveux a été signalé sous cette forme : une température qui passe dans l'espace de trois à quatre heures, de 41,8 à 36,2, sans variation de la température extérieure. Je note donc le fait, en passant.

Le chien d'ailleurs se promenait maintenant dans la salle, mais avec cette démarche vacillante propre aux animaux thyroïdectomisés ; de temps en temps il penchait ou même tombait sur le côté ; les mouvements convulsifs des masticateurs étaient remplacés par des trémulations dans ces mêmes muscles.

J'insiste uniquement sur ces phénomènes pour

(1) *Arch. de Physiol.* 1892.

montrer que les accidents nerveux consécutifs à la thyroïdectomie existaient au complet chez cet animal. Cependant l'excitation du sympathique cervical faite le soir même, c'est-à-dire trois jours après l'ablation des glandes, n'amena aucune modification du pouls : le chien n'avait reçu ni morphine, ni chloroforme.

Le résultat fut également négatif chez un autre animal qui fut soumis à la même épreuve, le 22 juillet, quatre jours après l'extirpation des thyroïdes. Chez celui-ci on observa par contre, du côté de l'appareil modérateur, une excitabilité réflexe très vive, dont on a enregistré les manifestations. Je me propose de compléter ces expériences.

Clinique Médicale de la Charité

Service de M. le Professeur COMBEMALE

Un cas d'agoraphobie

par **G. Mouton**, interne des hôpitaux.

Des manifestations psychopathiques multiples qu'engendre l'hystérie, mais surtout la neurasthénie, les plus intéressantes à étudier sont les « phobies ». Ces craintes exagérées, excessives, puériles, ces peurs ridicules, qui, parfois, vont jusqu'à l'obsession, menant l'individu sur les frontières extrêmes de la folie, quand elles ne les lui font pas franchir, ces phobies sont innombrables. « Ces troubles rentrent dans le cadre des manifestations névropathiques, d'aspects si divers, de variétés si multiples que chaque organe de l'économie, chaque objet extérieur, chaque manifestation de l'intelligence, chaque épisode de la vie commune peut devenir l'origine d'une forme nouvelle, et que le nombre des phobies, déjà considérable, menace de devenir incalculable ». (Thibierge. Les *Dermatophobies. Presse médicale*, n° 57, juillet 1898). Sans nous attarder à décrire ce qui ne peut rentrer dans le cadre étroit de cet article, les diverses phobies, telles — pour ne citer que les plus connues — que l'agoraphobie, la claustrophobie, les dermatophobies, se subdivisant elles-mêmes en parasitophobies (acarophobie, peladophobie), syphilophobies, onychophobies, et érythrophobies, nous nous bornerons à relater un cas curieux d'agoraphobie constaté, il y a quelque temps, chez une malade traitée à la Maison de santé, et que M. le professeur Combemale voulut bien signaler à notre observation.

Il s'agit d'une femme de 64 ans, employée depuis de longues années dans une importante maison de confections. Son rôle était des plus ingrats : elle dirigeait l'atelier de couture et avait à surveiller une classe de jeunes ouvrières à coup sûr intéressantes, mais abominablement espiègles, à en croire la bonne dame.

Interrogée sur ses antécédents héréditaires, la malade nous apprend que son père était d'un tempérament apoplectique, qu'il fut, en sa vie, maintes fois saigné, et qu'il mourut d'apoplexie à 79 ans ; la mère, également d'un tempérament sanguin, fut saignée à 68 ans et mourut à 71 ans d'une hémorrhagie cérébrale. Ce ménage apoplectique n'eut que deux filles, l'une qui mourut à 60 ans, — elle était aussi « rouge de visage » — et l'autre qui fait l'objet de l'observation.

Cette dernière n'a fait aucune des maladies de l'enfance : la fonction cataméniale s'est établie, chez elle, à 15 ans et s'est conservée régulièrement jusqu'au moment de la ménopause survenue, paraît-il, à l'âge de 30 ans. Issue d'une famille d'apoplectiques, la malade semble, elle aussi, avoir une fâcheuse tendance aux lourdeurs de tête, aux vertiges, aux pertes de connaissance. A l'âge de 17 ans, en effet, à la suite d'un ictus des plus rapides, elle tombe sur le poêle, où elle se contusionne et se brûle. Le même fait se reproduisit deux ou trois fois dans la suite. A 20 ans, elle se marie et à 22 ans met au monde un garçon, mort depuis en bas-âge. Elle jouit alors jusqu'à 30 ans d'une santé parfaite. A ce moment, la ménopause aidant, les tendances apoplectiformes reparaissent et sa longue suite de misères va commencer. Ce sont des éblouissements se répétant fréquemment dès que la malade met le nez dehors : elle en arrive à se tenir aux persiennes et une fois elle remonta de cette façon la rue Royale, à Lille : « On dirait que les maisons tournaient, que j'étais en chemin de fer », ce sont les expressions de cette femme, qui est d'une loquacité extraordinaire, nous y reviendrons tout-à-l'heure. Détail à retenir, ces vertiges n'avaient lieu que dans la rue et jamais à l'atelier, par exemple, ne survinrent ces phénomènes.

Les choses restèrent en l'état pendant des années : la malade avait bien de temps à autre une attaque vertigineuse, mais vite remise de cette alerte, elle vaquait de nouveau à ses occupations fatigantes. Toutefois elle commençait à s'affecter de sa situation et son caractère très gai et très expansif, sans s'assombrir, devint irritable et susceptible et il est vraisemblable de penser, bien que la malade n'en ait soufflé mot, qu'elle eut fort à faire avec ses élèves.

Quoi qu'il en soit, il y a trois ans, à la suite de fatigues excessives et de veilles prolongées nécessitées par sa profession et peut être aussi grâce aux lazzi des remuantes demoiselles, notre malade, ainsi surmenée physiquement et moralement, fit ce qu'elle appelle, « son atteinte d'apoplexie ». Il y eut perte de connaissance, de très peu de durée cependant ; tombée dans un panier, elle put s'en retirer et, après une très grande lassitude, revenir chez elle, accompagnée. Il n'y eut ni convulsions, ni morsures de la langue, ni écume aux lèvres. Cette apoplexie ne fut point suivi de paralysie, d'aphasie, de contracture, ni d'aucun

autre trouble organique ou fonctionnel. Ce fut vraisemblablement un vertige, un peu plus accentué que les autres.

Depuis cette époque, l'état nerveux de cette femme s'est accentué et il nous faut maintenant y insister un peu.

D'une prolixité et d'une loquacité peu communes, la malade nous raconte son histoire tout d'une venue sans reprendre haleine, et sans qu'on puisse lui poser la moindre question. Elle abonde en détails sur son histoire : c'est une véritable fontaine intarissable. Elle débite et prend plaisir, à débiter, surtout lorsqu'elle se sait en présence d'un médecin à qui elle va pouvoir longuement et par le menu raconter ce qu'elle a éprouvé, ce qu'elle éprouve encore.

Sans avoir la « céphalée en casque » elle éprouve depuis longtemps des lourdeurs de tête et de la céphalalgie frontale. Elle est sujette aux migraines dont les accès reviennent encore et que la nuit ou l'obscurité seules peuvent calmer.

Les nuits sont passables : il n'y a pas, à proprement parler, d'insomnie, bien que la malade n'éprouve pas, le matin, cette sensation de bien-être que doit donner chez l'individu sain, tout sommeil réparateur : elle est au contraire, fréquemment brisée et courbaturée au lever.

Du côté des fonctions digestives, on note des tiraillements d'estomac que la malade calme par l'ingestion d'aliments. Il existe, d'ailleurs, un certain degré de boulimie ; l'appétit est très ouvert et la sensation de faim fréquente et aiguë. Ce régime anormal par excès cause et entretient une constipation spéciale. Cœur normal. Pouls à 88, un peu faible. Poumons sains.

De tout ceci, il ressort nettement que l'on a affaire à une neurasthénique, à tendances congestives, issue qu'elle est de souche arthritique. Tous ses réflexes sont normaux : il est vrai de dire que la nervosité de cette personne est si grande qu'il ne nous a pas été possible de rechercher comment réagissaient la cornée et la muqueuse pharyngée : par excès de défiance ou de crainte, la malade, d'un signe énergique et malgré nos protestations et nos allures pacifiques, nous a tenu à distance respectueuse. Hésiterait-on d'ailleurs à mettre l'étiquette névropathique sur l'affection qui nous occupe, qu'un dernier stigmate, des plus typiques celui-là, va confirmer le diagnostic.

Dans l'interrogatoire auquel on s'est livré, la malade a attiré l'attention sur un fait curieux qu'à dessein nous avons réservé en dernier lieu pour lui consacrer quelques lignes.

Il y a quelques années, sept à huit ans environ, après avoir assisté à un carrousel, elle rentra chez elle très fatiguée et eut un éblouissement en route. Le fait s'était déjà produit, nous le savons, mais cette fois l'accès vertigineux s'étant déclaré sur une place publique, il en résulta pour cette femme une crainte, une terreur vague des grands endroits découverts Cette sensation alla évidemment augmentant d'intensité et surtout depuis trois ans — date, on se le rappelle, de l'ictus — il y a impossibilité absolue pour elle de traverser la moindre place publique. Pour se rendre à son travail, elle rencontrait quotidiennement sur sa route une place de très peu d'étendue (place Jacquart, à Lille), et force cependant était à cette dame d'aller, frôlant les murs, troublée, inquiète, l'angoisse dans l'âme et les yeux obstinément fixés sur le sol. Quant aux endroits d'une grande superficie, comme la place de la République (à Lille toujours), il y a de longues années – depuis en somme qu'elle éprouve ce trouble bizarre — qu'elle ne peut plus les traverser.

Questionnée sur ce qu'elle éprouve, lui avouant que sa conduite nous paraît étrange, elle déclare qu'elle n'est point maîtresse de ce mouvement, qu'elle n'y peut résister et qu'il lui faut obéir aveuglément à cette force intérieure.

C'est, qu'en effet, elle éprouve, à la vue d'une place, un sentiment d'angoisse, d'anxiété profonde : elle a peur, dit-elle, du grand air et du vide qui lui semble immense ; les murs semblent se mettre en marche et les maisons exécuter une danse désordonnée ; les jambes, alors, vont se dérobant sous elle et ce n'est qu'à grand'peine, — parfois même avec l'assistance d'une personne charitable — qu'elle peut se rendre à son atelier ou à son domicile.

Cette agoraphobie, cette peur de traverser un grand endroit se manifeste encore quand la malade entre dans un lieu de grande superficie, dans une église par exemple. Une impression vive et forte de hauteur et de fraîcheur s'empare de son être : un étrange malaise la force bientôt à sortir et à venir au dehors respirer à pleins poumons un air qui semble lui manquer, là où elle se trouve : ce n'est certes pas de la claustrophobie, puisque dans sa petite chambre elle n'éprouve jamais rien de semblable : c'est encore, somme toute, la peur des vastes espaces et l'église est une place, mais une place couverte.

Y a-t-il lieu maintenant de se demander s'il n'existe pas un rapport de causalité entre cette phobie des places et des grands endroits et les vertiges fréquents qu'a présentés la malade ?

L'hypothèse est, en tout cas, des plus vraisemblables. L'acte vertigineux s'étant, en effet, une fois, produit sur une place, cette femme n'a pu, évidemment, prendre un point d'appui à une muraille, comme elle avait pu le faire, dans d'autres circonstances. D'où frayeur de traverser une place, et c'est sur cette donnée évidemment très rationnelle que cette personne névropathe a travaillé, d'où les angoisses, les anxiétés, la phobie, en un mot, résultat de l'activité morbide d'un cerveau mal équilibré. Le vertige a été la raison provocatrice, c'est lui qui a ouvert la scène et mené cette neurasthénique à l'agoraphobie.

VARIÉTÉS

Les suites d'une guerre

On sait que l'une des plus lourdes charges du budget des Etats-Unis est constituée par les pensions de retraites accordées aux anciens combattants de la guerre de sécession. Ces pensions étaient d'abord réservées aux soldats que leurs blessures avaient rendus incapables de gagner leur vie. Mais les politiciens reconnurent vite qu'ils pouvaient se faire une clientèle en faisant attribuer de tels secours à leurs créatures. Et toute une multitude d'imposteurs, appuyés par des députés ou des sénateurs peu scrupuleux, munis de certificats rédigés par des médecins moins scrupuleux encore, postulent les indemnités attachées à la qualité d'ancien combattant de la guerre de 1863. La *Revue scientifique* publie quelques intéressants spécimens des certificats médicaux. Les uns se distinguent par l'abondance prétentieuse de leurs pathos : « Les soussignés constatent à la partie interne du pied droit une cicatrice molle et mobile, comme si le tégument avait été labouré par une balle. Ils constatent aussi que les incapacités du pétitionnaire sont, par moments, grandement accrues par la réaction de la cicatrice en question sur les centres nerveux supérieurs. Nous sommes convaincus qu'une impression sensitive, transmise de la cicatrice par la seconde paire de nerfs crâniens, est accrue dans le cerveau par certains processus d'intellection, dont l'un est connu sous le nom d'*expectant attention*. L'impression ainsi intensifiée est alors réfléchie sur la région ou le trauma à été éprouvé, et les souffrances du pétitionnaire sont considérablement accrues. » Pour goûter toute la beauté de cette tirade, il faut savoir que la « seconde paire de nerfs crâniens » n'est autre que les nerfs optiques. Faire servir les nerfs optiques à la transmission des sensations du pied droit, c'est assurément une idée de génie. — D'autres certificats ne signifient absolument rien : « Je certifie que j'ai traité ledit soldat depuis 1888. Autrefois, son tube stomacal était uni à son système nerveux ; mais il s'est pourri maintenant, causant beaucoup d'expectoration et de la difficulté à respirer. » C'est le plus pur galimatias, un coq-à-l'âne médical. — Enfin, d'autres certificats sont fort clairs, comme celui-ci, dans lequel une pension est réclamée pour un individu parce que, « le 17 septembre 1889, il a soulevé un cochon par-dessus une barrière, et qu'il a souffert de l'asthme depuis cette époque ». Notre budget contient bien des dépenses étranges. Mais nous ignorions encore celle qui consiste à pensionner comme un acte héroïque le transport d'un cochon par-dessus une barrière.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le *Journal officiel* du 2 août, nous a apporté les nominations suivantes :

M. Charmeil, agrégé, est nommé professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté de médecine de l'Université de Lille.

M. Calmette, chargé du cours de bactériologie et thérapeutique expérimentale à la Faculté de médecine de l'Université de Lille est nommé professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale à la même Faculté.

Nous sommes heureux d'enregistrer l'avancement bien mérité de deux de nos collaborateurs les plus sympathiques et les plus distingués.

M. le docteur Charmeil professait, depuis deux ans, le cours de clinique dermatologique et syphiligraphique dont il devient aujourd'hui titulaire. Le succès de son enseignement auprès des élèves et des travaux scientifiques, dont nos lecteurs ont pu apprécier la valeur, le désignaient pour une titularisation rapide à laquelle applaudiront de grand cœur tous ceux qui le connaissent.

M. le docteur Calmette avait, également, brillamment conquis ses titres à une chaire professorale. Il était tout désigné pour cette distinction par sa compétence universellement reconnue en bactériologie, aussi bien que par la solidité de son enseignement. Ses nombreux amis salueront, comme nous, avec plaisir, sa nomination.

Le Comité de Rédaction de l'*Echo médical du Nord*, est heureux de présenter à MM. Charmeil et Calmette ses bien sincères et cordiales félicitations.

Distinctions honorifiques

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que M. le professeur Lemoine est nommé officier de l'instruction publique et que M. Deroide, professeur agrégé, est nommé officier d'académie.

Nous adressons nos bien sincères félicitations à notre sympathique confrère de la presse médicale, M. le professeur Lemoine et à notre distingué collaborateur, M. le docteur Deroide.

Nous ne saurions oublier la nomination d'un autre professeur de l'Université de Lille, dont nos lecteurs ont eu l'occasion d'apprécier le talent littéraire. M. Petit-Dutaillis, chargé de cours à la Faculté des Lettres qui écrivit, l'an dernier, dans notre numéro des étudiants, un charmant article sur M. Albert Sorel, est nommé officier d'académie. Nous sommes certains que nos lecteurs applaudiront, avec nous, à la distinction accordée à notre brillant collaborateur.

(Le Comité de Rédaction).

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Facultés de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Lefour, agrégé, est nommé professeur de clinique d'accouchements.

Ecole de médecine de Rennes. — M. le docteur Castex, agrégé, est nommé professeur de physique.

Nous sommes heureux d'adresser nos bien sincères félicitations à M. le docteur Castex qui appartint, comme agrégé, à la Faculté de Lille et qui y a laissé les meilleurs souvenirs.

Distinctions honorifiques

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Baumel (de Montpellier) ; Brunon (de Rouen) ; Denigès (de Bordeaux) ; Florence (de Lyon) ; Frébault (de Toulouse) ; A. Gautier (de Paris) ; Leduc (de Nantes) ; Moreau (d'An-

gers); de **Nabias** (de Bordeaux); **Parisot** (de Nancy); **Peyrusson** (de Limoges); **Planteau** (d'Alger); **Pousson** (de Bordeaux); **Thiéry** (de Paris); **Bourlier** (d'Alger).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs **Auché** (de Bordeaux); **Barral** (de Lyon); **Brault** (d'Alger); **Cannieu** (de Bordeaux); **Cassaet** (de Bordeaux); **Delezenne** (de Montpellier); **Fleury** (de Rennes); **Frœlich** (de Nancy); **Heitz** (de Besançon); **Moore** (de Poitiers); **Noury** (de Caen); **Rochet** (de Lyon); **Rollet** (de Lyon); **Cochez** (d'Alger); **Cottin** (de Dijon); **Douillet** (de Grenoble); **Bardier** (de Clermont); **Fiquet** (de Paris); **Labbé** (d'Alger); **Rouxeau** (de Nantes); **Schuhl** (de Nancy); **Thierry** (de Tours); **Thouvenet** (de Limoges); **Bonnaire** (de Paris).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs **Dupuy** (de Reims); **Marfan**, ancien député de l'Aube; **Sicaud**, de Talence (Gironde); **Henry Galante**, créateur de la maison d'instruments de chirurgie, mort à 81 ans; **Laurent** (d'Angers); **Chatelain**, médecin en chef des prisons de Nancy.

MM. les professeurs **Léopold von Dittel** (Vienne); **Francesco Trombetta** (de Messine); **Livingood** (de Johns Hopkins University de Baltimore); **Carlo Giacomini**, membre de l'Académie de médecine de Turin.

BIBLIOGRAPHIE

Les défenses naturelles de l'organisme; leçons professées au Collège de France par A. Charrin, professeur remplaçant au Collège de France, directeur du laboratoire de médecine expérimentale (Hautes-Etudes), ancien vice-président de la Société de Biologie, médecin des hôpitaux, 1 vol. in-8°. (Masson et Cie, éditeurs, 6 fr.)

Le sujet de ces leçons répond bien aux caractères de l'enseignement du Collège de France, qui demande des notions nouvelles, à l'ordre du jour, dont s'occupe le professeur, surtout au point de vue expérimental.

M. Charrin montre que le passage de l'état de santé à l'état de maladie se réalise souvent d'une façon insensible, et cela, soit parce que l'économie est pour ainsi dire en contact avec une série de causes morbides, soit aussi parce que le mal n'est fréquemment que l'exagération d'une fonction, que l'insuffisance de l'activité normale, qu'une dérogation aux processus physiologiques.

Dans ces conditions, l'auteur prend une série d'exemples destinés à établir comment l'organisme se tient en équilibre au milieu de ces agents de maladie.

Néanmoins, l'organisme ne se fie pas à ces protections, il ne se contente pas de procédés statiques ou dynamiques, d'origine humorale ou viscérale, qui, en maintenant normale la constitution, l'activité cellulaires, lui permettent de résister, de ne pas se laisser entamer; l'organisme met en avant des procédés directs de destruction, d'élimination des principes nuisibles.

Ces leçons, accompagnées d'exemples, de preuves, d'expériences, forment pour ainsi dire la synthèse d'une physiologie pathologique générale.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

30e SEMAINE DU 23 AU 30 JUILLET 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	6
3 mois à un an	13	9
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	1	1
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	5	5
40 à 60 ans	7	6
60 à 80 ans	6	6
80 ans et au-dessus	2	2
Total	45	43

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	3	9	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	9	14	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	9	»	»	1	»	»	»	»	»	2	12	17
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	8	»	1	3	»	»	»	»	»	5	19	21
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	3	6	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	6	12	14
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	15
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	1	»	»	»	»	2	6	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4
Total	»	1	»	»	»	»	»	3	3	3	28	»	1	11	1	»	»	2	»	35	88	115

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 83. Deuxième Année, N° 33. Le Numéro : **10** centimes. 14 Août 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — Congrès de la Tuberculose. — TRAVAUX ORIGINAUX : La classification des Maladies mentales, par le docteur **P. Kéraval.** — Un conflit entre le Magistrat et l'Hôpital Comtesse au XVIIe siècle, par le docteur **Caplet.** — Variétés. — Nouvelles et informations. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie des sciences**, M. CHARRIN rapporte qu'après une série de tentatives, il a pu réussir à intoxiquer des femelles pleines par la toxine diphtéritique en injectant cette toxine aux fœtus intra utérins. Il faut pratiquer une incision sur la ligne blanche pour éviter le placenta, piquer un point déterminé, répartir les doses fractionnées entre les différents rejetons. L'avortement est habituel, mais parfois assez tardif pour permettre au liquide de traverser les délivres; la nature de ces principes microbiens, la structure des membranes animales, les difficultés de la dialyse, en dépit des apparences, des expériences connues, n'autorisaient pas une réponse a priori à la question de ce passage du fœtus à la mère.

Ainsi, ce fœtus que cette mère contamine, intoxique, à son tour contamine, intoxique cette mère.

En utilisant ce procédé, M. CHARRIN n'a pas obtenu de vaccination contre la diphtérie ou le tétanos ; en revanche, dans des cas assez rares, il a pu augmenter la résistance de l'organisme maternel au virus pyocyanique en employant la toxine correspondante moins énergique que les autres même sans avoir recours à l'iode. Ces données permettent de concevoir qu'en raison de la dialyse, de ses sélections, ou pour d'autres motifs, l'économie de la mère reçoit de faibles doses de toxines ou certaines parties vaccinantes de ces toxines; cette économie, dès lors, présente l'état réfractaire, sans offrir de trouble morbide apparent : ce sont des faits analogues qui constituent la loi de COLLES. Si, au lieu d'une injection artificielle intrafœtale, on suppose que les choses se passent comme dans la syphilis, si on admet que le fœtus reçoit le virus du milieu du générateur, à à un moment donné les toxines de ce virus existeraient dans les organes de la génératrice après avoir existé dans ceux du générateur et du rejeton servant d'intermédiaire Or, ces toxines engendrent l'immunité, autrement dit impriment aux tissus des attributs de phagocytose ou de sécrétion de principes bactéricides ou antitoxiques, etc.

En somme, grâce à cet intermédiaire intra-utérin, les cellules maternelles possèdent des propriétés identiques à celles des cellules paternelles.

Mais l'organisme maternel transmet aux descendants quelques-unes des propriétés en sa possession. Vienne un nouveau générateur, le premier ayant disparu ; vienne une nouvelle fécondation chez la même génératrice, celle-ci pourra imposer au nouveau rejeton des caractères qu'elle tient de l'ancien générateur disparu. Ainsi peuvent s'expliquer les phénomènes de télégonie.

A l'**Académie de médecine**, M. PONCET donne les résultats de sa pratique sur la cystostomie sus-pubienne dans le prostatisme (création temporaire ou définitive d'un méat hypogastrique).

Depuis dix ans, M. PONCET a pratiqué 114 fois cette opération. Il peut donc en apprécier la valeur.

Déjà en 1894, l'auteur divisait les prostatiques en deux grandes classes.

1° Les sujets non infectés, chez lesquels les troubles fonctionnels dominent la scène.

2° Des prostatiques offrant des troubles de septicémie urinaire.

Pour la première catégorie, la cystostomie est indiquée : lorsque le cathétérisme est impossible, douloureux, thermogène, mal supporté ; lorsqu'il existe des fausses routes ; dans les cas d'hémorragies vésicales faisant malgré la sonde obstacle à la miction.

Pour la deuxième catégorie, la cystostomie est tout aussi indiquée chez les prostatiques atteints d'infection urinaire, dans les cystites infectieuses aiguës, dans les cystites chroniques, rebelles, ayant résisté aux cathétérismes et aux lavages vésicaux.

Le pronostic varie suivant que le prostatique est infecté ou non. Chez les prostatiques mécaniques, la guérison doit être la règle (37 guérisons sur 39 cas).

Le pronostic s'assombrit beaucoup quand les prostatiques sont infectés. M. PONCET compte 16 morts sur 27 opérés dans l'empoisonnement urinaire à marche aiguë et 13 morts sur 46 opérés dans l'empoisonnement urinaire chronique. Cette mortalité s'explique toujours à l'autopsie par des altérations des reins. Aussi, M. PONCET est-il partisan de l'intervention précoce qui seule peut triompher d'accidents qui suivent une marche à peu près fatale.

Que devient le méat hypogastrique chez les anciens cystostomisés ?

La permanence du méat traduit l'incurabilité de l'obstacle prostatique, et la suppression de la fonction normale.

Au point de vue fonctionnel, les cystostomisés ayant gardé leur nouveau méat perméable, ont : continence 16, continence partielle 7, incontinence 13.

Pour ces derniers, le port d'un urinal de COLLIN atténue suffisamment les inconvénients de cette infirmité pour leur permettre de reprendre leur vie sociale habituelle.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

M. LANDOUZY, professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris, a fait à ce congrès un remarquable rapport sur l'emploi des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose. Nous en donnons ici les grandes lignes.

Il y a dix ans que, spéculant sur la rareté relative de la tuberculose canine, MM. HÉRICOURT et RICHET injectèrent du sang de chien dans le péritoine de lapins inoculés avec des cultures de tuberculose aviaire. La mortalité qui fut de 55 pour % pour les lapins non transfusés, atteignit seulement 17 % pour les lapins traités : d'autres expérimentateurs se servirent du sang de la chèvre. MM. HÉRICOURT et RICHET améliorèrent alors certaines tuberculoses humaines en donnant aux malades des confitures au sang de chien. Cependant BOUCHARD montrait que le sérum jouit des mêmes propriétés immunisatrices que le sang tout entier ; la sérothérapie supplanta l'hémothérapie.

Mais on tablait à tort sur l'état réfractaire supposé du chien et de la chèvre, et il fallait trouver moyen de préparer un sérum vraiment spécifique et d'abord vacciner sûrement des animaux contre la tuberculose. Il fallait s'inspirer des travaux de BEHRING et KITASATO qui, en 1890, démontraient que le sang d'animaux vaccinés contre les bacilles de LŒFFLER et de NICOLAIER neutralise les poisons produits par ces microbes. C'est ce que tentèrent GRANCHER, H. MARTIN et LEDOUX-LEBARD. NIEMAN, injectant des doses croissantes d'une manière d'extrait alcoolique de tuberculose à des cobayes, etc., obtint de ces animaux un sérum qui lui permit de faire survivre deux mois des cobayes victimes d'inoculations virulentes.

Opérant dans le même ordre d'idées, M. BERNHEIM parvient à sauver près de la moitié des animaux traités ; MAFFUCCI et DI VESTEA tirent des moutons vaccinés un sérum capable d'atténuer in vitro la virulence des bacilles de KOCH ; BABÈS et PROCA obtiennent des améliorations appréciables en matière de tuberculose humaine et spécialement de lupus.

La lymphe de KOCH est née d'autres considérations c'est l'application d'une méthode générale d'immunisation par injection de matières vaccinantes d'origine microbienne, méthode due à PASTEUR et TOUSSAINT. Cette première lymphe montra dès l'abord ce qu'elle était et on l'abandonna presque universellement, mais

elle devint entre les mains des vétérinaires un agent de diagnostic précoce de la tuberculose. En mars 1897, KOCH mit au monde un nouveau produit sous le vocable tuberculine résiduelle. Les conditions restreintes dans le temps et dans la quantité du tuberculine R dont ont disposé ceux des cliniciens qui l'ont essayée imposent les plus extrêmes réserves dans le jugement à porter sur sa valeur thérapeutique. On est au moins arrivé à s'entendre sur l'innocuité du produit. Le camp des médecins qui n'en veulent pas faire usage est plus fourni que ne sont nombreux les partisans avérés et ceux qui se réservent.

Des divers procédés toxinothérapiques, mis au service de la cure des tuberculoses, TR est peut-être celui qui est resté le moins en deçà des résultats promis, puisqu'elle a montré qu'elle n'était pas toujours sans quelque effet général, ni sans quelque effet local chez les phtisiques. Un consensus unanime lui donne une place meilleure dans le traitement des lésions cutanées, ce à quoi il fallait s'attendre après ce que nous savions déjà avoir donné dans ce sens la sérothérapie ancienne aussi bien que la toxinothérapie streptococcique.

ROGER et HALLOPEAU s'ingéniaient jadis à imprégner *in situ* leurs lupiques de streptocoques et de toxines du bacillus prodigiosus. Sur sept malades, une fut guérie et deux autres notablement améliorées. Actuellement de nombreuses observations de LASSAR, BUSSENIUS, WŒRNER, SEELIGMANN, MORRIS et WHITFIELD, DOUTRELEPONT, BAUDACH, VAN HOORN, dans lesquelles furent faites des injections de 0,02 mm, de 0,04 mm. et de trois cinquièmes de milligramme, ont montré l'influence si heureusement modifiante de TR dans le lupus.

HIRSCHFELDER a pensé pouvoir modifier en bien la tuberculine en oxydant un extrait de bacilles de KOCH ; il a obtenu ainsi une oxytuberculine sur la valeur de laquelle on ne peut encore rien avancer.

MARAGLIANO, de son côté, s'appuyant sur les principes de la bactériothérapie, croit pouvoir fabriquer un sérum doué de propriétés antimicrobiennes et antidotiques, c'est-à-dire immunisateur et curateur. Peut-être le sérum italien doit il ses propriétés annoncées à l'intensité maxima d'intoxication tuberculineuse que l'auteur parvient à produire chez l'animal inoculé. Dans ceci, il y a plus que des résultats cliniques. Il y a, pour qui sait les principes généraux de l'immunisation, toute une série d'invites à chercher le traitement de la tuberculose par l'application d'une méthode mixte, la toxinosérothérapie.

BEHRING proclame hautement que c'est par la découverte de KOCH que pourra être réalisée la sérothérapie préventive et curative. Si les tentatives d'immunisation humaine par T.R. n'ont qu'incomplètement réussi, il n'en serait pas de même pour certaines autres tuberculoses que BEHRING serait parvenu, une fois au moins, à vaincre chez un bovidé.

Ayant pu, par des injections répétées de tuberculine, guérir une vache, BEHRING a trouvé dans le sérum de cette vache un produit qu'il considère comme une antitoxine. Ceci nous ramène au même ordre d'idées qui conduisit à la découverte de l'antidiphthérine avec cette différence que, dans le premier cas, on utilise comme agent initial le corps d'un bacille de KOCH trituré, exprimé et lavé, tandis que, dans le second cas, c'est un bouillon de culture saturé de toxines. BEHRING compte obtenir des succès par le choix qu'il vient de faire de certaines espèces d'oiseaux pour se prêter, mieux que les mammifères, à la préparation de l'antitoxine. Pour cet auteur, la toxine spécifique du bacille de KOCH serait logée dans une charpente de soutien qui, elle-même, serait encore incluse dans une membrane de graisse et de mucine. Si, par la sonde, on dissout la mucine d'un volume défini de corps bacillaires, on obtient une toxine résiduelle de toxicité plus grande, en ce sens que trois parties du produit secondaire équivalent à cinq du produit initial. La toxine la mieux épurée sera donc celle qui, sous le moindre volume, déterminera les effets les plus toxiques. BEHRING prépare ainsi une tuberculine Dr dont un gramme tue quinze cobayes. Ceci n'est pas pour nous surprendre quand nous savons que NOCARD a fourni un sérum si actif qu'il suffit d'en injecter à un cobaye un trillionième de son poids pour le vacciner contre le tétanos, et quand SPRONCK a obtenu une toxine diphthéritique qui tue un cobaye à la dose d'un dixième de goutte !

Des recherches d'un autre genre ont été entreprises par ARLOING au point de vue du diagnostic. Ayant réussi, en milieu liquide, des cultures de bacilles de KOCH parfaitement homogènes dans lesquelles les bacilles sont isolés et mobiles, il y a observé l'agglutination, en les additionnant de un dixième de sérum de chèvres tuberculinées ou tuberculosées. En douze jours, il fit apparaître le pouvoir agglutinatif, chez une chèvre, par injection de six centimètres cubes de tuberculine brute, et chez un lapin, par l'injection de 25 gouttes. Cette séro-réaction ne serait peut être pas fonction exclusive de réaction tuberculineuse, puisque le pro-

fesseur de Lyon l'aurait trouvée avec la créosote, le gaïacol et l'eucalyptol qui, tout en conférant à l'économie le pouvoir agglutinatif, restent inactifs in vitro

Ainsi, à l'encontre de la seméiotique organicienne qui décèle la maladie en chacun de ses actes constitués et de ses méfaits consommés, la seméiotique humorale dépiste la maladie à ses premiers troubles de nutrition intime : bactérioscopie, histochimisme et séro-réactions sont le corollaire forcé de l'humorisme moderne comme l'invention de l'auscultation était la conséquence de l'organicisme. C'est vraiment en parlant de ces nouvelles méthodes qu'on peut dire du médecin moderne qu'il tranche du devin.

Le sérum de l'homme, entaché ou suspect de tuberculose, agglutine 94 fois sur 100 ; le sérum de malades atteints de tuberculose chirurgicale 91 fois sur 100. 22 fois sur 100 le sérum d'individus, sains en apparence, s'est montré actif. Nous allons donc, demain peut-être, disposer d'un mode de contrôle merveilleux applicable à la tuberculose.

La tuberculine, pour sa part, permet parfois de faire avec précocité et certitude un diagnostic auquel on n'est point parvenu par les ressources de la seméiotique ordinaire. M LANDOUZY prétend rendre justiciable de la réaction à la tuberculine tous malades qu'il soupçonnerait de tuberculose au moment où aucune manifestation appréciable ne le sortirait de son doute : et l'on sait que la moitié des succès thérapeutiques, en matière de tuberculose, est adéquate à la rapidité de l'intervention.

Il faut dire, à la décharge du peu de résultats obtenus en matière de phtisie par la tuberculine, que les médecins ont l'habitude de lui demander plus qu'elle ne pourra jamais donner : on veut qu'elle enraye la bacillose, qu'elle guérisse l'inflammation tuberculeuse et qu'elle répare les lésions parabacillaires, c'est plus assurément que n'en pourra jamais promettre le meilleur sérum. Pas plus qu'on ne demande à l'antidiphthérine de guérir les associations streptococciques, on ne doit espérer venir à bout des infections secondaires des phtisiques à l'aide d'un médicament agissant sur le seul bacille de KOCH. Toute sérothérapie future devra procéder avec hâte et avant l'intervention de microorganismes de seconde main.

Malheureusement, à côté de tant de travaux surgissant de toutes parts en vue de guérir la bacillose, comment peut-il se faire qu'en France absolument rien ne soit fait, excepté dans l'armée, pour nous mettre en garde contre elle. Et pourtant, en 1895, on a compté 150.000 décès tuberculeux et la morbidité a été de 7 pour 1.000 dans l'armée. Comme si l'hygiène n'avait pas le devoir et la puissance d'empêcher un mal que les toxinothérapies les plus affinées ont tant de peine à guérir !

TRAVAUX ORIGINAUX

La classification des Maladies mentales

par le docteur **P. Kéraval**, médecin en chef de l'asile d'Armentières

Il est évident que la meilleure classification scientifique est la classification naturelle qui s'appuie sur le principe de la subordination des caractères. Elle a été réalisée en botanique et en zoologie, non sans efforts, par les illustres savants dont les noms sont dans toutes les bouches. C'est à cette subordination légitime des caractères qu'il convient de s'adresser ou c'est elle qu'il convient de découvrir quand on se propose de classer des faits et des choses scientifiques, car elle est simple et rationnelle. C'est ainsi qu'en chimie la composition élémentaire des corps a été subordonnée à la notion de la fonction chimique seule apte à donner la clef des phénomènes et de la variation des groupes constitutifs, quelles que fussent d'ailleurs les théories relatives aux équivalents, aux poids atomiques, aux conceptions thermo-chimiques, stéréométriques ou autres. C'est ainsi encore que l'immense découverte de la transformation des forces a permis de donner une base naturelle à la division des agents physiques : chaleur, électricité, lumière, etc

En biologie, les tâtonnements sont, à cet égard, beaucoup plus lents. Cela se comprend, car les phénomènes, les faits et les choses mêmes sont plus compliqués ; plus, en effet, les connaissances que l'on acquiert s'appuient sur une plus grande quantité de problèmes relevant des autres sciences, plus il est difficile de se former une idée exacte du caractère principal qui domine les autres éléments propres à édifier une classification naturelle.

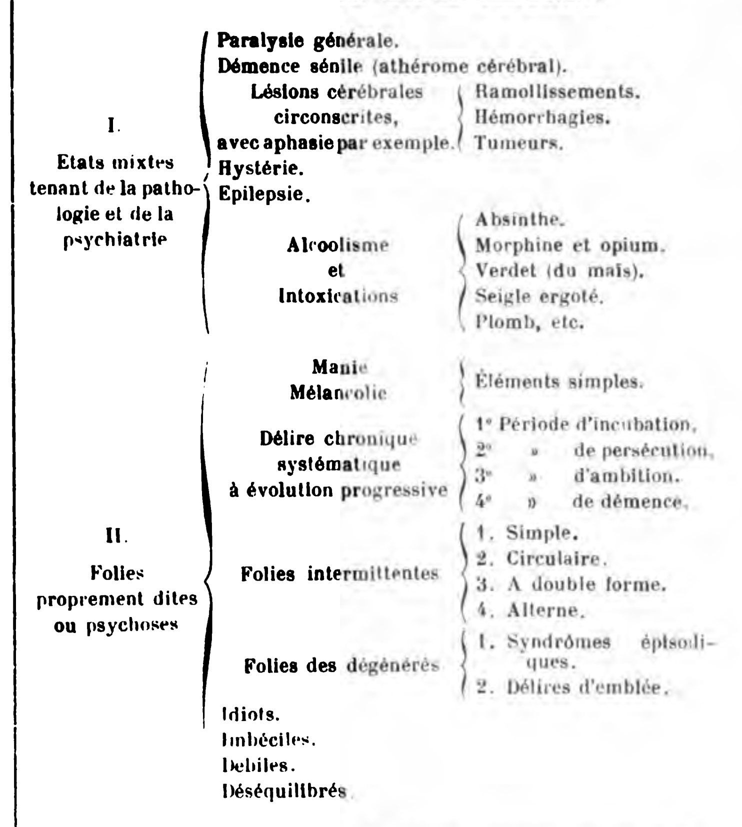
C'est pourquoi la pathologie humaine, branche complexe entre toutes de la biologie, à tout instant nivelée par de nouvelles découvertes et de nouvelles théories, cherche encore l'assise de sa classification naturelle. Il n'y a pas longtemps que les trésors mis en lumière par l'anatomie pathologique, soudant entre eux des phénomènes jusque-là séparés, permet-

taient, de concert avec les investigations de la nosographie, de dégager des faits aptes à catégoriser nettement plusieurs groupes de maladies, et d'entrer résolument dans la voie de la classification anatomo-pathologique. Mais, si fructueuse que se montrât déjà cette tentative, elle ne pouvait englober l'ensemble des maladies de toute l'économie, de sorte que la micrographie restait à l'état de musée de types artificiellement classés. Et voici que les découvertes de PASTEUR, créant tout un champ de connaissances sur les maladies infectieuses et contagieuses, en en spécifiant les germes, soustraient en outre à leur cadre certaines maladies jusqu'alors dûment classées dans le groupe des inflammations franches, la pneumonie fibrineuse par exemple, et remettent, pour ainsi dire, en question le principe d'une classification en voie de développement.

On ne s'étonnera donc point si les maladies mentales doivent se contenter d'une classification artificielle. Les unes, en effet, sont, jusqu'à nouvel ordre, dues à des troubles fonctionnels et échappent à toute caractéristique précise, on n'en connaît ni l'agent, ni le mécanisme, vu qu'on ignore le mécanisme physiologique avéré de l'activité mentale. Les autres sont en rapport avec des lésions congénitales. Celles-ci sont produites et entretenues par des altérations multiples non classées ; celles-là paraissent en relations soit avec des périodes physiologiques de la vie, soit avec des intoxications, soit avec des maladies du système nerveux organiques ou à substratum insaisissable, soit avec des affections pathologiques communes.

On ne peut par conséquent faire mieux que ce qui a été tenté en pathologie ordinaire. A défaut du principe de la subordination des caractères, il faudra se borner à une classification éclectique, artificielle, qui reproduira aussi exactement et aussi complètement que possible les principaux faits observés, et qui englobera la majeure partie des observations Ce sera toujours une liste, un catalogue, qui servira de programme précis de pathologie mentale.

C'est ce que s'est dit chaque auteur. Et chacun a imaginé sa classification. Reproduire ces classifications serait faire œuvre d'historien. Tel n'est pas le but que nous nous proposons Nous y verrions que les uns ont attribué la plus grande importance aux troubles intellectuels et ont ainsi produit une classification psychologique, les autres ont surtout envisagé les symptômes extérieurs, d'autres, les causes et agents psychopathogènes, quelques-uns, les lésions. Vraiment personne n'est en droit de plier l'ensemble des faits sous une loi invariable, et il y a lieu de s'accommoder d'un mélange. De là, la classification mixte qui montre que le terme d'aliénation mentale s'applique à des formes morbides distinctes dont la détermination appartient à l'avenir. Mais, par contre, dans les classifications mixtes, on constate la fixité de dénominations bien établies, qui, quoique rangées sous des rubriques distinctes, satisfont l'esprit et mettent de l'ordre dans les idées. C'est ce qui rend notamment la classification de M. MAGNAN plus courte et plus agréable. Nous la donnerons à titre d'exemple.



CLASSIFICATION DE M. MAGNAN

I. Etats mixtes tenant de la pathologie et de la psychiatrie	Paralysie générale.	
	Démence sénile (athérome cérébral).	
	Lésions cérébrales circonscrites, avec aphasie par exemple.	Ramollissements. Hémorrhagies. Tumeurs.
	Hystérie.	
	Epilepsie.	
	Alcoolisme et Intoxications	Absinthe. Morphine et opium. Verdet (du maïs). Seigle ergoté. Plomb, etc.
II. Folies proprement dites ou psychoses	Manie Mélancolie	Éléments simples.
	Délire chronique systématique à évolution progressive	1° Période d'incubation. 2° » de persécution. 3° » d'ambition. 4° » de démence.
	Folies intermittentes	1. Simple. 2. Circulaire. 3. A double forme. 4. Alterne.
	Folies des dégénérés	1. Syndrômes épisodiques. 2. Délires d'emblée.
	Idiots. Imbéciles. Debiles. Déséquilibrés.	

L'effort principal de M. MAGNAN a porté sur la différenciation du délire systématisé progressif en quatre périodes, et de la folie des dégénérés. Celle-ci, avec les sous-titres de syndromes épisodiques et délires d'emblée, englobe la folie à conceptions délirantes mobiles de Krafft-Ebing, la folie raisonnante, les obsessions, les phobies, les impulsions, la folie morale et toutes les bizarreries désignées autrefois sous le nom de délires partiels.

Très simple également est la classification adoptée

par le *Congrès international* de Paris en 1889. Elle admet :

1° La Manie (y compris le délire aigu);

2° La Mélancolie;

3° La Folie périodique (à double forme, circulaire, alterne) ;

4° La Folie systématique progressive;

5° La Démence vésanique ; en d'autres termes, affaiblissement intellectuel consécutif aux affections mentales ;

6° La Démence organique (par lésions cérébrales) ;

7° La Folie paralytique (démence paralytique et paralysie générale des aliénés) ;

8° Les Folies névrosiques ; hypochondriaque, hystérique, épileptique ;

9° Les Folies toxiques (alcooliques et autres) ;

10° La Folie morale et impulsive ;

11° L'Idiotie (avec l'imbécillité et la débilité mentale).

A tout prendre, on est cependant autorisé, comme l'a fait M. Régis (de Bordeaux), tout en conservant les dénominations consacrées par l'usage et la pluralité des observateurs, à les grouper de façon à composer une liste véridique et commode qui, demeurant tributaire de la clinique, souligne quelques idées directrices faciles à contrôler et à vérifier. Nous demanderons la permission de l'adopter en la simplifiant un peu.

D'abord, il semble bien, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'il y ait une *aliénation mentale primitive*, indépendante d'autres affections, et une *aliénation mentale secondaire*, sinon sous la dépendance d'autres maladies ou de certains états physiologiques de l'économie, du moins en rapport avec eux. Nous formerions ainsi deux grandes classes d'aliénation mentale : primitive, et secondaire.

Abordons la classe de l'aliénation mentale primitive. L'observation clinique élémentaire nous enseigne qu'il est des affections mentales qui se traduisent, à première vue, par des troubles dans l'attitude, la manière d'être, dans ce que nous pouvons appeler *l'activité générale* de l'individu qui en est atteint. Celui-ci est soit *agité*, soit *déprimé*. Ce sont là des maladies mentales qui se révèlent au dehors, qui s'extériorisent ; nous les grouperons sous le nom générique de *folies avec modification de l'activité générale*.

Par contre, il est des malades qui délirent à froid, pour ainsi parler. Ils conservent le plus souvent l'aspect calme, indifférent, de monsieur tout le monde. La maladie mentale ne dépasse pas leur intérieur, rien ne la trahit extérieurement, l'activité générale parait normale. De là, un second groupe auquel on peut donner le titre de *folies essentielles*. On les avait jadis appelées partielles, bien qu'elles affectent tout aussi profondément la personnalité, mais elles l'affectent d'une autre manière sans modifier les allures du patient.

Ces deux groupes de folies avec modifications de l'activité générale et folies sans modification de l'activité générale, semblent purement *fonctionnelles* ; on les a, d'ancienne date, ensemble caractérisées par les termes de : *vésanies*, *psychoses*. (Voyez *suprà* la classification de M. Magnan).

L'aliénation mentale primitive nous offre donc à considérer :

1° Des *aliénations fonctionnelles* (vésanies, psychoses) ;

A, avec modification de l'activité générale ;

B, sans modification de l'activité générale.

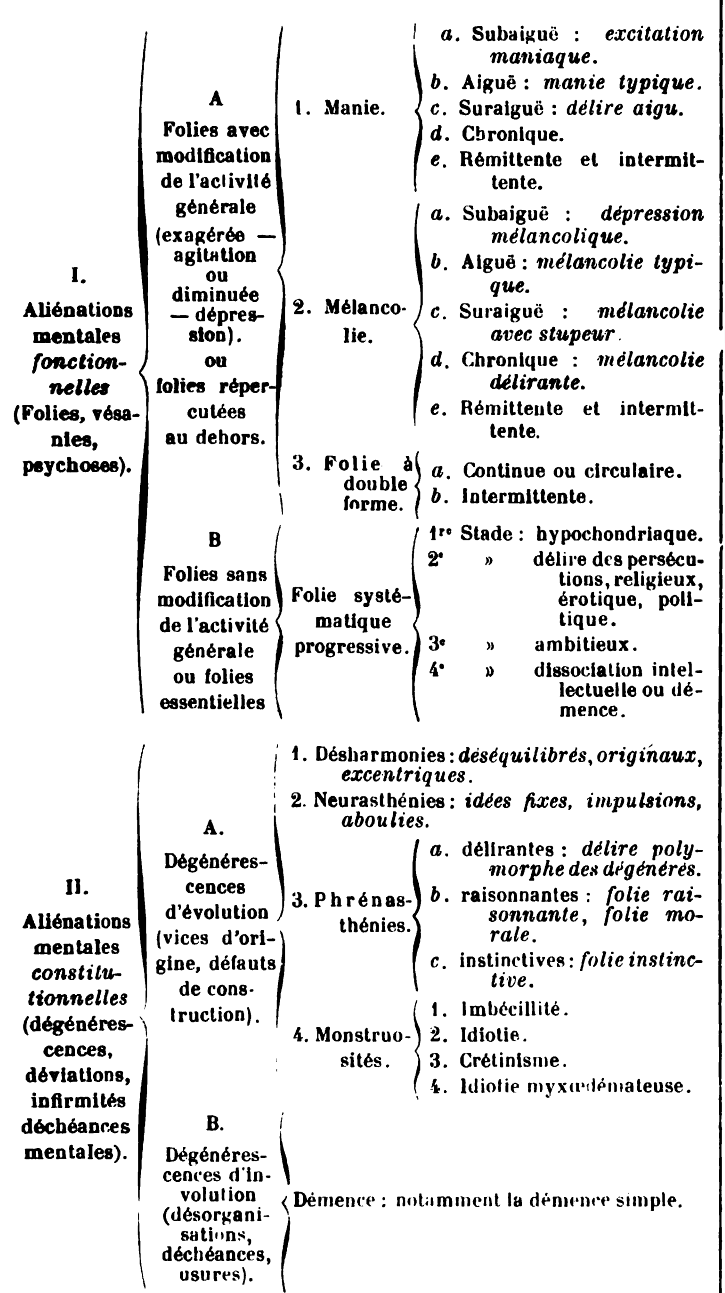
2° Elle comprend, en sus, des aliénations dans lesquelles on constate des signes organiques constitutionnels (1) témoignant, soit de la dégénérescence, soit de la déchéance du malade examiné ; on les désigne, par contraste, sous le nom d'*aliénations constitutionnelles*. Celles-ci comprennent les dégénérescences, déviations, infirmités et déchéances mentales.

Nous avons vu en détail antérieurement ce qu'étaient les dégénérescences d'évolution qui trahissent des vices d'origine, et les dégénérescences de régression, d'involution qui trahissent des désorganisations. Aussi subdivisera-t-on judicieusement les aliénations constitutionnelles en A, *Dégénérescences d'évolution* : B, *Dégénérescences d'involution*.

Les termes des maladies mentales qui rentrent dans les groupes, leurs divisions et leurs subdivisions servent à former le tableau suivant de l'aliénation mentale primitive :

(1) Voy. *Echo médical du Nord*, 1897, n° 18 ; 1898, n° 30.

ALIÉNATION MENTALE PRIMITIVE



(États primitifs d'aliénation mentale).

I. Aliénations mentales *fonctionnelles* (Folies, vésanies, psychoses).	**A. Folies avec modification de l'activité générale (exagérée — agitation ou diminuée — dépression). ou folies répercutées au dehors.**	1. Manie.	*a.* Subaiguë : *excitation maniaque.* *b.* Aiguë : *manie typique.* *c.* Suraiguë : *délire aigu.* *d.* Chronique. *e.* Rémittente et intermittente.
		2. Mélancolie.	*a.* Subaiguë : *dépression mélancolique.* *b.* Aiguë : *mélancolie typique.* *c.* Suraiguë : *mélancolie avec stupeur.* *d.* Chronique : *mélancolie délirante.* *e.* Rémittente et intermittente.
		3. Folie à double forme.	*a.* Continue ou circulaire. *b.* Intermittente.
	B. Folies sans modification de l'activité générale ou folies essentielles	Folie systématique progressive.	1er Stade : hypochondriaque. 2e » délire des persécutions, religieux, érotique, politique. 3e » ambitieux. 4e » dissociation intellectuelle ou démence.
II. Aliénations mentales *constitutionnelles* (dégénérescences, déviations, infirmités déchéances mentales).	**A. Dégénérescences d'évolution (vices d'origine, défauts de construction).**	1. Désharmonies : *déséquilibrés, originaux, excentriques.*	
		2. Neurasthénies : *idées fixes, impulsions, aboulies.*	
		3. Phrénasthénies.	*a.* délirantes : *délire polymorphe des dégénérés.* *b.* raisonnantes : *folie raisonnante, folie morale.* *c.* instinctives : *folie instinctive.*
		4. Monstruosités.	1. Imbécillité. 2. Idiotie. 3. Crétinisme. 4. Idiotie myxœdémateuse.
	B. Dégénérescences d'involution (désorganisations, déchéances, usures).	Démence : notamment la démence simple.	

Nous voyons que : la folie caractérisée par une exagération de l'activité générale s'appelle la *manie*, dont les cinq formes constituent en réalité autant de types cliniques ; la folie caractérisée par une diminution de l'activité générale est la *mélancolie*, qui comprend également cinq types distincts ; il existe, en plus, une modalité spéciale, dont les variétés sont produites par une alternative d'agitation et de dépression (*folie à double forme,* folie périodique),

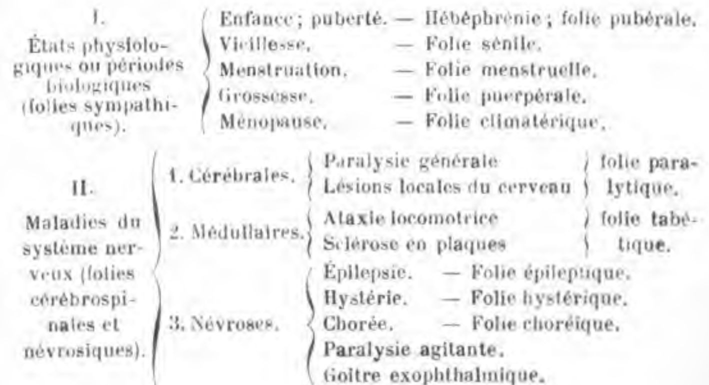
Nous avons laissé aux dégénérés (*dégénérescences d'évolution*), les dénominations de M. Régis ; qu'importe, pourvu que nous y retrouvions toutes les bizarreries mentales de la déséquilibration, de l'excentricité, des idées fixes, des obsessions, des craintes pathologiques, des aboulies ; les impulsifs ; les délires des dégénérés ; les dégénérés raisonneurs ; les perversions ou insuffisances morales ; les instinctifs brutaux et criminels ; les déviations, anomalies et perversions du sens génésique ; pourvu qu'au bas de l'échelle, enfin, nous trouvions les monstruosités mentales du faible d'esprit, de l'imbécile, de l'idiot, du crétin, de l'idiotie myxœdémateuse ou pachydermique. Les dénominations de M. Régis sont d'utiles points de repère.

Vient, pour clore la liste, la décrépitude intellectuelle qui parfois sert de repoussoir à l'état physique resté vigoureux, mais, le plus souvent, s'accompagne de déchéance physique ; cette décrépitude intellectuelle est le lot de toutes les maladies mentales, même fonctionnelles, qui ont duré un certain temps ; l'organe psychique est usé. C'est ce qu'indique le mot : *démence*.

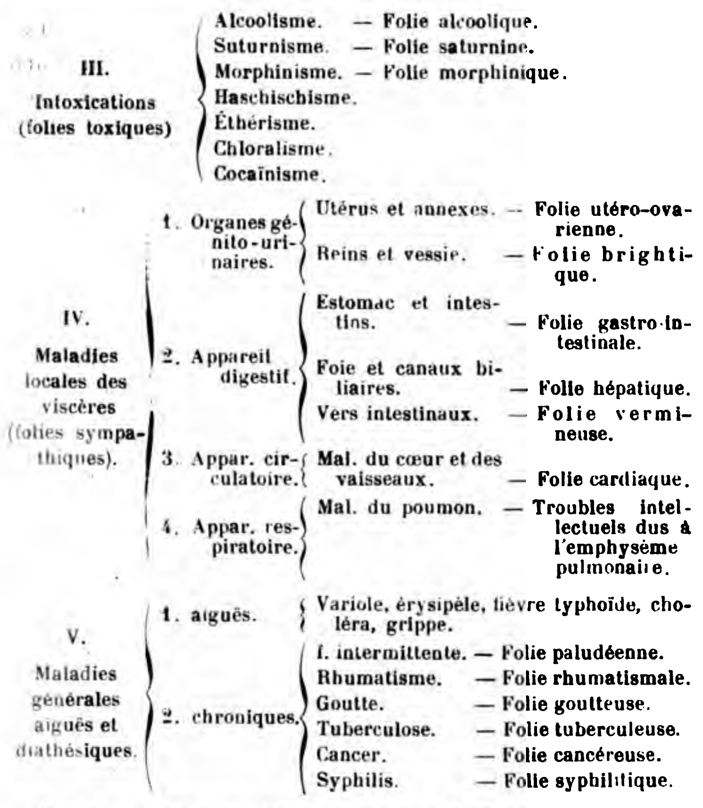
Tels sont les états primitifs qui, s'associant à d'autres états physiologiques et pathologiques de l'organisme, en deviennent les symptômes, et portent alors le nom d'*aliénation mentale secondaire*. Ainsi, en pathologie ordinaire, la pneumonie, la pleurésie, etc., deviennent souvent secondaires ou symptomatiques. La manie et la mélancolie sont les formes mentales qui le plus fréquemment se combinent à un processus quelconque, physiologique ou pathologique, de l'économie. Le tableau sous-jacent parle du reste clairement :

ALIÉNATION MENTALE SECONDAIRE

(États secondaires d'aliénation mentale, folies associées ou symptomatiques).



I. États physiologiques ou périodes biologiques (folies sympathiques).		Enfance ; puberté.	— Hébéphrénie ; folie pubérale.
		Vieillesse.	— Folie sénile.
		Menstruation.	— Folie menstruelle.
		Grossesse.	— Folie puerpérale.
		Ménopause.	— Folie climatérique.
II. Maladies du système nerveux (folies cérébrospinales et névrosiques).	1. Cérébrales.	Paralysie générale Lésions locales du cerveau	folie paralytique.
	2. Médullaires.	Ataxie locomotrice Sclérose en plaques	folie tabétique.
	3. Névroses.	Épilepsie.	— Folie épileptique.
		Hystérie.	— Folie hystérique.
		Chorée.	— Folie choréique.
		Paralysie agitante.	
		Goitre exophthalmique.	



III. Intoxications (folies toxiques)		Alcoolisme.	— Folie alcoolique.
		Saturnisme.	— Folie saturnine.
		Morphinisme.	— Folie morphinique.
		Haschischisme.	
		Éthérisme.	
		Chloralisme.	
		Cocaïnisme.	
IV. Maladies locales des viscères (folies sympathiques).	1. Organes génito-urinaires.	Utérus et annexes.	— Folie utéro-ovarienne.
		Reins et vessie.	— Folie brightique.
	2. Appareil digestif.	Estomac et intestins.	— Folie gastro-intestinale.
		Foie et canaux biliaires.	— Folie hépatique.
		Vers intestinaux.	— Folie vermineuse.
	3. Appar. circulatoire.	Mal. du cœur et des vaisseaux.	— Folie cardiaque.
	4. Appar. respiratoire.	Mal. du poumon.	— Troubles intellectuels dus à l'emphysème pulmonaire.
V. Maladies générales aiguës et diathésiques.	1. aiguës.	Variole, érysipèle, fièvre typhoïde, choléra, grippe.	
	2. chroniques.	f. intermittente.	— Folie paludéenne.
		Rhumatisme.	— Folie rhumatismale.
		Goutte.	— Folie goutteuse.
		Tuberculose.	— Folie tuberculeuse.
		Cancer.	— Folie cancéreuse.
		Syphilis.	— Folie syphilitique.

Sans vouloir empiéter sur les détails inhérents à la description de chaque type, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien il est étrange de voir parfois la folie procéder de certaines périodes de la vie ; combien il est également extraordinaire de la voir, en quelques cas, se rattacher à des affections viscérales dont elle n'est pas la compagne habituelle ; puis, les troubles intellectuels qui se montrent dans les maladies générales affectent des allures soit de délires fébriles, dont personne n'est à l'abri, soit de folies véritables souvent tout à fait imprévues et à peine conjecturables. La folie n'est pas, d'autre part, invariablement, constamment liée aux maladies du système nerveux à lésions ou sans lésions précédemment énumérées, tandis que l'aliénation mentale constitue le fonds d'une affection organique particulière du cerveau sous le nom de paralysie générale. Quant aux intoxications énoncées, elles s'accompagnent le plus habituellement de folie. Nous consacrerons aux développements qu'appellent ces remarques le temps voulu à propos de chacune des perturbations mentales correspondantes.

Le champ d'étude étant tracé, nous aborderons prochainement les descriptions de la pathologie spéciale.

Un conflit entre le Magistrat et l'Hôpital Comtesse au XVII[e] siècle

Par le docteur **Caplet**

....Les établissements hospitaliers jouissaient autrefois, en face de l'autorité municipale, d'une très large indépendance. Fondés par les princes ou par de riches particuliers en vue de secourir certaines catégories de malheureux désignés par l'acte de fondation, les hôpitaux bénéficiaient d'exemptions d'impôts accordées par le pouvoir central, subvenaient à leurs besoins grâce à leurs revenus particuliers ou à leurs privilèges, et s'administraient sans le concours du Magistrat. Ils reconnaissaient l'autorité du Roi ou de son représentant pour le temporel, obéissaient à l'Evêque, leur chef spirituel, mais repoussaient avec un soin jaloux les empiètements des Échevins, traitant avec eux de puissance à puissance.

L'Hôpital Comtesse, fondé pour recevoir les *pauvres infirmes*, s'était presque constamment refusé à recevoir les contagieux. Quand, par extraordinaire, il l'avait fait, il avait eu soin de se faire délivrer des lettres de *non-préjudice* attestant qu'il *s'infectait* de son bon gré, mais n'entendait pas que cela pût être invoqué comme précédent. De plus, l'Hôpital Comtesse recevait les infectés à titre onéreux et exigeait du Magistrat, soit un dédommagement en espèces, soit une exemption d'impôts....

....Les rewart, mayeurs et eschevins, au commencement d'avril 1617, se déclarèrent prêts à faire à l'hôpital les mêmes avantages que ceux consentis en 1604 s'il voulait s'*infecter*. Mais les proviseurs, maître, prieure et religieuses de l'hôpital Comtesse ne voulurent d'abord rien entendre. Ils firent valoir que c'était par pure charité qu'ils avaient consenti à s'infecter en 1604, à cause de la violence de l'épidémie, et que la situation était tout autre actuellement. « A présent par la grâce de Dieu l'infection est récentement encommencée, allant plus-tost en diminuant qu'augmentant, en sorte que ne se trouvent en toute la ville de Lille que vingt-sept à vingt-huit maisons notées d'infection. et que le nombre des présentement malades infectéz est sy petit qu'il n'arrive point à six, pour lesquels n'y at aucune apparence de raison d'infecter ledit hospital, chargé de cincquante lits tous à présent occupéz de malades et attirer par toute la ville l'infection qui réside seulement en une extrémité d'icelle. » A l'appui de ses dires, l'hôpital Comtesse fournissait un certificat de Nicolas Espillet et Jean Bridoul, docteurs en médecine à Lille, attestant que l'épidémie est peu violente, qu'il ne se produit que des cas assez rares dans les paroisses St-Maurice et St-Sauveur, et qu'il serait dangereux, pour la santé publique, de

transporter ainsi les malades d'un bout à l'autre de la ville.

Pour le surplus l'hôpital invoquait les termes de son acte de fondation.

«... par lefquels termes lefdictes religieuses et ledict hofpital ne font aucunement chargéz à la réception defdicts peftiféréz infectéz du mal contagieux ains seulement des malades de maladie commune et ordinaire et compatible avec la réception des pélerins et paffagers.

Et ne peuvent sous les termes *infirmorum pauperum* estre entenduz générallement toute sorte de malades comme le pretendent les interprètes... parce que si ladicte interprétation avait lieu f'enfuivroit que non feulement lefdicts pestiféréz mais tous aultres malades comme lépreux, vérolléz, paraliticques, incurables, femmes gifantes, enfans exposéz et semblables debvroient estre reçus audict hofpital ce qui eft du tout abfurde.....

Et n'a la Comtesse fondatrice oncques entendu à ce obliger l'hofpital si voifin de fon hoftel et palais.

Et au demeurant nul hofpital doibt eftre entendu fondé pour les peftiféréz ne foit que mention expreffe en foit fait par la fondation à raison que ledict mal estant contagieux et extraordinaire, que mefme les fuppliants les reconnaiffent *omnium ægritudinum reginam* et partant ne doibt eftre compris sur les termes d'infirmité et principalement en icelles reftrainctes comme icy, à la réception des malades, pélerins et paffagiers, qui par l'infection d'un seul feroient tous exclus du bénéfice de la fondation.

Et és titres de droit faifans mention des hofpitaux fe trouvent plufieurs efpèces d'iceux mais nul de peftiféréz.

Lefquels selon le droict doibvent eftre mis hors de la ville... »

Sans s'attarder à discuter avec Comtesse, le Magistrat qui connaissait la façon de s'y prendre en référa aussitôt aux Archiducs, et le 31 mai un mandement de Leurs Altesses Sérénissimes ordonnait aux proviseurs de Comtesse de recevoir les pestiférés, moyennant une rétribution qui serait ultérieurement fixée par le comte d'Annappes, gouverneur de Lille. Les proviseurs protestèrent aussitôt auprès des archiducs au nom de leurs privilèges violés. Ils firent valoir que, même en recevant une récompense *après* l'infection, l'hôpital était lésé puisqu'il devait faire l'avance des fonds nécessaires à l'entretien des pestiférés. Les archiducs maintinrent leurs ordres et il fallut se résigner à régler avec le Magistrat les détails de l'exécution des ordres venus de Bruxelles. Le 5 juin une conférence se réunit chez le gouverneur de Lille, comprenant les délégués de la Ville et ceux de l'hôpital. Dès le début, les proviseurs demandèrent la fixation du chiffre de l'indemnité. Les délégués du Magistrat répondirent qu'ils n'avaient pas reçu mandat de fixer la « récompense », mais seulement d'exiger l'exécution du mandement du 31 mai et réclamèrent pour les pestiférés l'entrée de l'hôpital « à faulte de quoy le Magistrat avait résolu de l'ouvrir mesme cejourd'hui par voie de faict. » Les proviseurs protestèrent contre cette façon de discuter et demandèrent que la conférence fut remise au lendemain pour donner aux délégués le temps de se faire « authoriser du Magistrat ». Et la séance fut levée.

A peine les proviseurs étaient-il rentrés chez eux qu'un ***prévost*** se présentait à la porte de l'hôpital Comtesse et demandait à parler à la dame prieure. Le portier, sans méfiance, « croyant qu'il fut seul », lui ouvrait la porte et tout aussitôt « dix-huit à vingt sergeans et davantage » se précipitaient dans l'hôpital, suivis de la foule des badauds et donnant « aux religieuses et servantes dudit hôpital, très grande espovante. » Le Magistrat accomplissait sa menace « d'ouvrir mesme par voie de faict ».

« ... Ils (les sergeans) allèrent en l'infermerie où ils rompirent la porte par force, et, la brune eftant venue, commenchèrent à emporter les malades de ladicte infermerie, et trois d'iceulx, environ la minuict, les menèrent à l hofpital Saint Jacques fondé pour les femmes gifantes par feue la ducheffe de Bourgogne, où, après plusieurs menaces de foncer la porte, leur fut ouverte.... »

Le lendemain, 6 juin, le Magistrat fait porter à l'infirmerie de Comtesse deux pestiférés. Mais les proviseurs de Comtesse n'entendent pas céder encore. Ils réclament la protection des Archiducs et, en attendant, refusent de soigner et de nourrir les pestiférés introduits de vive force dans l'hôpital. Le prévôt menace alors les ***maître et prieure*** « que s'ils ne donnaient les alimens aux pestiférés y introduits il viendroit de rechef, et par force les viendroit prendre en leur cuisine ». Et, de fait, le lendemain 7 juin, la menace se réalise :

« ....Suivant quoy ledit prévost assisté de plusieurs sergeants et aultres personnes en très-grand nombre, seroit venu audit hospital, par la porte de derrière, laquelle se trouvoit ouverte à l'occasion d'un benneau qui sortoit aïant mené de la chaux, et le portier, pensant serrer ladicte porte, fut par force et violence poussé en arrière et de là s'en viendrent à la porte de devant, laquelle ilz ouvrirent et venus à la porte de la cuisine, ils enfondrèrent la porte avecq un gros marteau et rompirent la serrure de la despense après avoir battu et jecté par terre Me Félix, prebstre, chapelain audit hospital, parce qu'il se tenoit devant l'huys de ladicte cuisine et ne vouloit permettre ledit effort, lequel Me Félix fut aussy traîné par terre, tiré par la barbe et faict saigner par les dents, en présence des religieuses, emportèrent aussy toute la chair et un pot de fer qui estoit sur le feu, prindrent le laict qui estoit destiné aux malades ordinaires, le miel, le pain et ce qu'ils voulurent. Depuis enfondrèrent les céliers et commencèrent à celuy où sont les huyles, chandelles et le savon, et de tout emportèrent ce que bon leur sembla. Par après fut par eux enfondré le célier au beure et emporte une quantité d'iceluy ; de là, allèrent à la cave au vin et brisèrent le premier huys par force et rompirent la serrure au second huys et emportèrent trois peintes de vin pour les pestiféréz, de sorte que les religieuses furent heureuses qu'il estoit jour de poisson pour elles, aultrement elles fussent esté sans souper, et les malades ordinaires furent à ceste occasion mal traictéz. Deux religieuses estant sorties pour de ce que dessus aller advertir lesdits proviseurs, leurs supérieurs, et pensans rentrer, on ne voulut leurs ouvrir la porte, de manière qu'elles s'en allèrent en une maison size sur la place de Saint-Martin, appartenante audit hospital, où il y avait des charpentiers ouvrans et prièrent l'un des ouvriers de descendre audit hospital avecq une eschelle pour advertir les aultres religieuses de ce qu'elles ne pouvoient rentrer, lequel ouvrier estant au milieu de l'eschelle, fut apperchéu par lesdis ser-

geants, et un le pensans frapper avecq son espée nue, faillit, et le coup donna dedans l'eschelle, dont il ne sçavoit tirer sa dicte espée, et luy remontant en hault sur le mur, fut jecté une demie bricque en la jambe... »

Devant ces violences, les proviseurs, maître et prieure de l'hôpital s'adressèrent aux Archiducs pour obtenir satisfaction, mettant en relief le préjudice porté « à l'immumunité ecclésiastique », faisant valoir que les gens du Magistrat « menacent de faire pire et enfonser les portes tant de l'église que des chambres, ne permettant les religieuses aller par la maison qu'ils ne les suivent, mesmes jusques au pestrin et fournil et qu'ils tiennent la porte dudit hospital saisie y faisant du feu en terre à guise de corps-de-garde, et que lesdites religieuses sont empeschées de servir les malades et de cuisiner pour eux et elles et de faire leurs aultres fonctions. »

Les Archiducs se contentèrent de prescrire au comte d'Annappes, gouverneur de Lille, de faire cesser promptement les désordres et d'en rechercher les auteurs. L'Hôpital Comtesse dut s'incliner et continuer à abriter les pestiférés.... (1).

VARIÉTÉS

Notre confrère M. le docteur DRANSART a bien voulu nous confier la publication des vers qu'il a lus au dernier banquet de l'Association de prévoyance et de Secours mutuels des médecins du département du Nord. Nous sommes heureux de pouvoir faire connaître les vers charmants de M. le docteur DRANSART aux trop nombreux confrères qui n'ont pu les recueillir de la bouche de l'auteur et qui en goûteront, certainement, comme nous, l'aimable philosophie.

Discours à mon premier cheval en juin 1876.

Repose-toi de ta pénible course
Vieux compagnon, fournisseur de ma bourse.
Le temps est doux, l'air pur, le vent léger
Marchons au pas. Je vais t'encourager.

Que pouvais-tu trouver de mieux au monde
Que d'être à moi? trois quarts d'heure à la ronde
On te connait aussi bien qu'un seigneur
Et l'on te fait au moins autant d'honneur.

Quand tu parais au bord de nos villages
Au même instant tous les enfants sont sages
Et la commère en buvant son café
Ne parle plus, tant tu produis d'effet!

N'es-tu point fier quand une mère en larmes
En te voyant sent calmer ses alarmes
Et quand celui que tourmente une dent
Rien qu'à te voir est déjà moins souffrant.

Tu vois aussi parfois la demoiselle
A ton approche ajuster sa dentelle
Et soulevant un coin de son rideau
Te regarder comme un beau damoiseau.

(1) Extrait de *La peste à Lille au XVII[e] Siècle.*

Enfin, c'est toi, c'est ton allure altière
Qui m'avez fait ma clientèle entière;
Et que de gens oublieraient leur douleur
S'ils ne voyaient le coursier du docteur!

Dans ton jeune âge au sein de la bataille
On te faisait affronter la mitraille
Et quelquefois, tout en mourant de faim.
Tu piétinais le pauvre fantassin.

N'as-tu pas mieux aujourd'hui pour ta gloire
Nous te faisons bien manger et bien boire
Loin de blesser, tu consoles, guéris
Et ces exploits, comme ils sont plus chéris!

En te voyant une vieille bricole
Tu dois te dire « ici je dégringole »
Car autrefois, bijou d'un gros major,
On te couvrait de cuirs vernis et d'or.

Va, le brillant ne vaut pas ce qu'on pense.
Souvent il cache une maigre pitance,
Un joug étroit, un pénible aiguillon
Et ton major allait de l'éperon.

« Parfois, dis-tu, dans la nuit solitaire
Il faut partir et quitter la litière,
Bien mieux vaudrait ne jamais dénicher »
J'en dis autant; mais pourquoi se fâcher?

Sois philosophe, et fais comme ton maître,
Quand tu pâtis, ne le fais point paraître
Et si tu cours du soir jusqu'au matin
Dis : « C'est tant mieux, je gagne un picotin ».

Et puis, plus tard, je dirai ton histoire.
Tous mes enfants béniront ta mémoire
Et si je passe à la postérité,
C'est sur ton dos que je serai monté.

D[r] Henri DRANSART

On lit dans le Recueil des connaissances indispensables à tous fermiers et propriétaires d'animaux domestiques, publié par M. BLAINVILLE, de Saint-Epain :

Remède contre la migraine : Faites chauffer une tuile à un feu très ardent; lorsqu'elle est brûlante, arrosez-la de fort vinaigre et respirez la vapeur.

— Pour arrêter le hoquet : Prenez une bonne prise de tabac et vous faites éternuer. Vous pouvez être sûr de l'efficacité de ce remède.

— Guérison des verrues : Sortez à neuf heures du soir et regardez la pleine lune; marchez ainsi à une certaine distance. Baissez-vous alors, et toujours fixant la lune, ramassez un caillou dont vous frottez vos verrues. Sans baisser les yeux, jetez-le et rentrez. Le lendemain, toutes vos verrues ont disparu.

— Avis aux soulauds : Ayez toujours dans vos poches quelques amandes amères. Dès que vous vous sentirez ivre, sucez les bouts de deux ou trois amandes, vous serez remis immédiatement.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

NOMINATIONS

Cours complémentaires

Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1898-99 :

Clinique médicale des enfants et syphilis infantile. — M. Ausset, agrégé.

Médecine opératoire et clinique des maladies des voies urinaires. — M. Carlier, agrégé.

Accouchements. — M. Oui, agrégé.

Clinique chirurgicale des maladies des enfants. — M. Phocas, agrégé libre.

Travaux pratiques

Sont nommés pour l'année scolaire 1898-99 :

Chef des travaux pratiques de physiologie. — M. Bédart, agrégé.

Chef des travaux pratiques de pharmacie. — M. Deroide, agrégé.

Chef du laboratoire des cliniques. — M. Carrière, agrégé.

Chef des travaux pratiques d'anatomie. — M. Cousin, agrégé.

Chef des travaux pratiques d'histoire naturelle. — M. Fockeu, docteur en médecine, docteur ès-sciences.

Chef des travaux pratiques de physique. — M. Demeure, licencié-ès-sciences.

Chef des travaux pratiques de chimie minérale. — M. Louis, pharmacien de 1re classe.

Chef des travaux pratiques de chimie organique. — M. Carette, pharmacien de 1re classe.

Chaire de Parasitologie

MM. Deléarde, agrégé, et Fockeu, docteur en médecine, sont chargés, pour l'année scolaire 1898-99, du service de la chaire de parasitologie, en remplacement de M. le professeur Barrois, député.

PRIX

Le prix de la Société des Amis de l'Université est décerné à M. Charles Dubois, interne des hôpitaux.

Le prix Parise est décerné à M. L. Julien, interne des hôpitaux.

Examen du doctorat en médecine

Aux termes de l'article 4, § 2 du décret du 20 juin 1878, « le troisième examen de doctorat en médecine ne peut être subi qu'après l'expiration du 16e trimestre d'études ».

Le décret du 31 juillet 1893, qui a institué le nouveau régime d'études médicales, n'ayant pas reproduit cette disposition restrictive, il s'ensuit que les étudiants inscrits sous ce régime peuvent se présenter aux 4e et 5e examens dès la prise de leur 16e inscription, soit après l'expiration du 15e trimestre.

Le ministre de l'instruction publique a pensé qu'il serait équitable de faire bénéficier de l'état de choses inauguré par le décret de 1893 les étudiants qui ont commencé leur scolarité sous l'ancien régime d'études. Le comité consultatif de l'enseignement public a émis dans ce sens un avis favorable.

Conformément à cet avis, le ministre a décidé que les aspirants au doctorat (régime de 1878) seraient admis à se présenter au 3e examen dès la prise de la 16e inscription.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Bruch, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de la dite école.

— *Ecole de médecine de Nantes.* — M. le docteur Malherbe, professeur d'anatomie pathologique, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de la dite école.

— *Ecole de médecine d'Angers.* — M. le docteur Guignard, professeur de clinique obstétricale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

— *Ecole de médecine de Clermont.* — M. le docteur Dourif, professeur de clinique médicale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. docteur Billard, chef des travaux de physiologie à la Faculté de Toulouse, est chargé du cours de physiologie pendant la durée du congé accordé à M. Blaton (année scolaire 1898-1899).

— *Ecole de médecine de Poitiers.* — M. le docteur Malapert, suppléant, est nommé professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire en remplacement de M. Poisson, décédé.

CONGRÈS

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Marseille le 1er avril prochain, sous la présidence de M. Doutrebente (de Blois). Les questions suivantes seront l'objet de rapports spéciaux :

1° Délires systématisés secondaires, M. Anglade (de Toulouse) rapporteur.

2° Psychoses polynévritiques, M. Dutil (de Nice).

3° Aliénés méconnus et condamnés, M. Taty (de Lyon).

Nouvelle Société médicale

Il a été fondé à Marseille une Société de médecine sanitaire maritime dont le but est de grouper tous les docteurs possesseurs du certificat de médecin sanitaire maritime.

Cette Société se met à la disposition des docteurs qui désireraient avoir des renseignements tant au sujet de l'examen pour l'obtention du certificat de médecin sanitaire maritime, qu'au sujet des embarquements dans les différentes compagnies de navigation françaises.

CONCOURS

En 1899, le quatrième samedi de décembre, la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparque (600 francs) à l'auteur du meilleur mémoire en français, sur la question suivante : « Influence de la bicyclette sur l'appareil génital de la femme ».

Les mémoires inédits et non encore récompensés

devront être déposés au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris, avant le 1er octobre 1899. Ils devront porter une épigraphe et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et la même épigraphe reproduite. Tout auteur qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du prix, serait exclu de fait du concours. Seuls les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

Distinctions honorifiques

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Astre (de Montpellier) ; Dorveaux, Raymond (de Paris) ; Guernier (de Balleroy) ; Bernard (d'Amiens).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Byasson (de Guéret) ; Tussau (de Mâcon) ; Nargaud (de Besançon) ; Bouquet (de Brest) ; Curde et Daniel (de Paris) ; Foucher (d'Argentan) ; Petit-Vendol (de Paris) ; Prunac (de Clermont-l'Hérault) ; Saumur et Fiquet (de Paris) ; Bardier et de Rey-Pailhade (de Toulouse) ; Julien et Labbé (d'Alger).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs de Vry (de Leyde), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moussu, directeur du service de santé du 15e corps d'armée ; Alliez (de Nice) ; Macario (de Nice), mort à 87 ans ; François, délégué sanitaire à Mogador ; Huguet (de Paris), décédé au Vésinet à l'âge de 76 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Congrès international de neurologie, de psychiatrie, d'électricité médicale et d'hypnologie. Première session tenue à Bruxelles du 14 au 21 septembre 1897 ; discours et communications publiés par le Dr Crocq fils, secrétaire général. Trois fascicules grand in-8° (534 pages) 5 francs (Félix Alcan, éditeur, Paris).

Dans ce congrès ont été réunis pour la première fois, les neurologues, les psyhiatres, les électrothérapeutes et les psychothérapeutes. On a pensé avec raison que les distinctions entre ces différentes branches de la neurologie sont plutôt artificielles que pratiques et que les résultats obtenus dans chacune d'elles ne peuvent être inutiles aux autres.

Les questions à l'ordre du jour étaient les suivantes : *Le traitement chirurgical de l'épilepsie* (rapporteur M. le professeur Vinkler) ; *Valeur séméiologique et pathogénique des réflexes* (rapporteur M. le professeur Mendelssohn) ; *Pathogénie et traitement du goître exophthalmique* (rapporteur M. le professeur Eulenburg) ; *De la valeur séméiologique des réactions anormales des muscles et des nerfs* (rapporteur M. le professeur Doumer) ; *L'hypnotisme et les suggestions criminelles* (rapporteur M. le professeur Liégeois).

Ces questions ont été l'occasion de vivantes discussions entre les savants de tous pays qui prenaient part au Congrès. En outre, on trouvera dans cet ouvrage un certain nombre de travaux intéressants présentés par leurs auteurs, en dehors des questions à l'ordre du jour.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

31e semaine du 30 Juillet au 6 Aout 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	5
3 mois à un an	17	12
1 an à 2 ans	2	2
2 à 5 ans	6	4
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	4	2
40 à 60 ans	6	12
60 à 80 ans	13	9
80 ans et au-dessus	2	1
Total	59	50

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	3	7	1
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	2	»	1	1	2	2	»	»	2	»	1	»	»	»	6	17	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	8	»	»	2	»	»	»	»	»	4	17	15
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	14	»	»	4	»	»	»	»	»	3	24	19
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	»	»	»	»	1	»	1	5	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	9	12
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	8	10	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	4	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	»	»	1	»	»	»	»	»	2	9	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	2
Total	»	1	»	»	»	4	»	3	12	5	37	»	»	12	1	1	»	»	»	34	109	96

N° 84. Deuxième Année, N° 34. Le Numéro : **10** centimes. 21 Août 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — Congrès des aliénistes et neurologistes. — TRAVAUX ORIGINAUX : Les organites de la sécrétion interne dans le pancréas, par le professeur **E. Laguesse**. — Un cas d'hémiplégie hystérique, par **G. Mouton**. — Sur un cas de roséole médicamenteuse due à l'antipyrine prise par la voie gastrique, par **G. Brongniart**. — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M. CLOZIER relate l'observation d'un garçon de treize ans, sans aucune tare héréditaire, ni acquise, jouissant d'une bonne santé habituelle, à part quelques angines légères. A la suite d'une course à bicyclette sous la pluie, il fut pris de frissons. Le lendemain et les jours suivants, malaise, inappétence, toux, fièvre, etc.

Appelé le 20 juin auprès du malade, M. CLOZIER trouve les poumons envahis dans leur totalité. En arrière, aux deux bases, et sur une étendue de huit à dix centim. carrés, râles crépitants fins, secs, superficiels et nombreux. Dans la partie moyenne des poumons, râles sous-crépitants moyens, en même temps qu'il existe, à gauche, une respiration bronchique très accusée, au niveau de la pointe de l'omoplate correspondante ; à droite, en un point symétrique, existe, sur une étendue égale, un bruit de frottement. Les sommets laissent entendre, à des degrés divers, des râles muqueux.

L'expectoration est rare et muco-purulente ; les crachats sont jaunes ; ils ne contiennent pas le bacille de KOCH, mais les streptocoques y pullulent. On institue un traitement énergique qui comprend des stimulants à l'intérieur, des révulsifs, y compris le vésicatoire, à l'extérieur.

Le 26 juin, la position s'aggrave et on injecte 20 cc. de sérum antistreptococcique. Les 27, 28 et 29 juin, injection de 10 cc. La situation générale reste la même ; l'état local paraît nettement s'aggraver à la partie moyenne du poumon gauche : il y a, en ce point, après la respiration tubaire, du gargouillement et de la pectoriloquie. Les doses de sérum sont portées, pendant trois jours, à 20 cc. Les 1er, 2 et 3 juillet, le malade se sent mieux pendant le jour et dort la nuit. Il s'alimente de meilleur appétit. Toutefois, l'abcès pulmonaire, siégeant au-dessous de la pointe de l'omoplate, s'est vidé ; en ce point, respiration caverneuse Les 3, 4 et 5, amélioration notable : les phénomènes stéthoscopiques disparaissent dans toute l'étendue des poumons et la respiration, au niveau de la caverne, redevient tubaire. Le 6, pas d'injection. Le 7, dernière injection ; le malade se promène. Le 17 juillet, il est guéri — L'état général pouvait faire croire à l'évolution d'une tuberculose suraiguë et les signes stéthoscopiques à la partie moyenne du poumon gauche justifiaient ces craintes. La marche de la température devait, à elle seule, égarer le diagnostic. L'action de 150 cc. de sérum de Marmorek a amené successivement, en huit jours, la régularisation de la température, puis l'amélioration générale, enfin la guérison définitive.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Nous donnons ici le résumé du rapport présenté il y a trois semaines au Congrès d'Angers par M. RAYNEAU (d'Orléans) sur les troubles psychiques post-opératoires.

On doit comprendre sous ce titre tous les troubles intellectuels qui peuvent survenir à la suite d'une opération, quelle que soit leur forme. Il y a lieu de distinguer ceux qui dépendent seulement de l'intervention et ceux qui ont été faussement considérés comme en étant la conséquence.

Signalé par A. PARÉ, par GRIESENGER (1801), bien connu de DUPUYTREN, qui a cherché à le distinguer du *delirium tremens*, le délire post-opératoire a été plus tard considéré comme relevant précisément du délire alcoolique aigu. Cependant COURTY, puis VOISIN, avaient signalé la folie après des opérations gynécologiques. Mais il n'y a qu'une quinzaine d'années que les travaux se sont multipliés sur la question. Une longue discussion a eu lieu cette année même à la Société de Chirurgie à la suite de la communication de PICQUÉ et BRIAND.

On est frappé tout d'abord par ce fait que les manifestations mentales morbides consécutives aux interventions chirurgicales ne présentent pas toujours et partout le même aspect. On trouve signalés presque tous les états pathologiques du cerveau : manie, mélancolie, confusion mentale, délire hallucinatoire, délire aigu, délire de persécution, démence, paralysie générale, neurasthénie, hypocondrie, hystérie, etc. D'après MAIRET et DENIS, quand l'influence pathogénique de l'opération est plus puissante que celle de l'hérédité et de la prédisposition, on observerait surtout la manie et la mélancolie; mais on reconnaît vite que, dans les cas en question, il s'agissait de dégénérés ou de prédisposés. Il n'existe pas un type de folie post opératoire.

Le fait de la prédisposition héréditaire ou acquise a été admis par la plupart des auteurs. Le traumatisme n'est que la goutte d'eau qui fait déborder le vase (MAIRET). MARLIER déclare qu'il faut ajouter les chagrins, le surmenage, les excès, les infections. REMY compte la vieillesse parmi les causes secondes. Enfin, certains malades ne réclament une opération inutile que parce qu'ils sont déjà des détraqués, de véritables aliénés : quelques-uns vont jusqu'à simuler une maladie pour être opérés. L'opération est donc le facteur qui fait rouler une boule qui restait en équilibre instable sur un terrain bien en pente.

La moyenne des statistiques est de 1 cas pour 50 interventions. Le début est tantôt dramatique et très rapproché de l'opération, tantôt beaucoup plus tardif. Sur 68 cas, 5 ont été chroniques, 13 durèrent de un à deux mois, 33 moins d'un an ; 6 eurent une durée inconnue.

La bénignité semble la règle.

Les causes pathogéniques invoquées sont en très grand nombre : 1° la préoccupation, dit JOFFROY, peut dégénérer en idée fixe : peur de l'opération, peur de la mort. Cette préoccupation envahit tout le champ de la conscience. Tel est le cas de ASHFELD, où le délire est survenu à la suite d'un examen au spéculum. Mais cette émotivité exagérée n'est-elle pas un signe de dégénérescence? 2° le choc ou l'action réflexe peuvent être incriminés, mais MAIRET répond que le traumatisme est le coup fatal qui fait tomber dans la folie un cerveau déjà vacillant; 3° la nature de l'intervention a une importance secondaire par rapport au développement de la psychose. Les opérations gynécologiques tiendraient le premier rang, mais celles qui sont le plus souvent mises en cause sont précisément les plus bénignes (prolapsus, déchirures du périnée) : 4° le chloroforme. Les anesthésiques n'agissent que par la mise en activité dans les cellules nerveuses d'une réserve prête à y germer; 5° l'iodoforme produit parfois de l'inquiétude, des hallucinations, même de la lypémanie; mais c'est fort rare. Lorsque cet antiseptique est en jeu, l'hérédité a encore une influence très réelle; 6 l'abus des stimulants, de l'alcool, peut, chez les opérés, provoquer un peu de délire alcoolique aigu ou le réveil d'un alcoolisme chronique; 7° l'anémie, la cachexie, l'urémie, l'infection ne jouent qu'un rôle effacé; 8° l'auto-intoxication est, pour RÉGIS, la cause prépondérante. L'ébranlement nerveux amènerait une perturbation des échanges nutritifs.

En résumé, il n'y a pas de type clinique qu'on puisse étiqueter « folie post-opératoire ». Exception faite de la thyroïdectomie et de certaines opérations sur le crâne, le rôle principal dans la genèse des troubles mentaux revient aux prédispositions héréditaires ou acquises. Diverses causes peuvent agir dans la production des accidents : les intoxications internes ou externes, l'infection, l'alcoolisme, le choc moral, la préoccupation, les anesthésiques, les antiseptiques, l'anémie, la cachexie, ces derniers très secondaires. Il n'apparaît pas que les opérations gynécologiques exposent plus que les autres aux troubles psychiques post-opératoires. Ces troubles sont d'ailleurs peu fréquents; leur époque d'apparition est des plus variables. Leur évolution et leur pronostic dépendent des causes et des formes; à ce point de vue, chaque cas doit être considéré en particulier.

M. Régis dit que le désaccord qui règne entre les auteurs sur cette question provient de ce que la plupart de ces troubles psychiques évoluent dans les hôpitaux et qu'un petit nombre seulement aboutissent à l'asile. Il importe de distinguer les troubles survenant simplement à l'occasion d'une opération et ceux qui relèvent de l'opération, comme cause fondamentale. Ces derniers seuls doivent être retenus et ils répondent au type de la confusion mentale, à laquelle se joint souvent un état délirant. Les délires immédiats, succédant sans transition au sommeil anesthésique, dépendent de l'intoxication chloroformique agissant à la faveur du choc. Les délires du deuxième au dixième jour sont dus, soit à la septicémie, soit à une infection accidentelle, soit à une auto-intoxication. Les délires tardifs sont le résultat de l'asthénie de l'organisme réalisée par toutes les conditions qui peuvent la produire. Il faut donc être prudent dans les opérations à pratiquer chez les prédisposés vésaniques ou autotoxiques (vieillards, artérioscléreux, alcooliques, diabétiques).

M. Picqué ne range pas les délires septicémiques dans les folies post-opératoires vraies. Il insiste sur ce que ces folies sont très rares à la suite des interventions sur l'utérus et les annexes : elles sont, au contraire, fréquentes à la suite des anaplasties vaginales et périnéales. Le fait tient à ce qu'il s'agit de lésions avec symptômes subjectifs et que la malade vient souvent consulter le chirurgien sous l'empire d'idées obsédantes.

M. Grandjux fait remarquer qu'en temps de paix, ces psychoses n'existent pas chez les soldats, parce que justement la sélection élimine les prédisposés. Le rôle pathogénique du traumatisme doit être des plus restreints, car, après la bataille de Frœschwiller, sur 931 blessés soumis à des privations sans nombre, il n'y a pas eu un seul cas de psychose.

M. Ladame insiste sur la part qu'il faut faire à la suggestion. Un enfant de dix ans subit un traumatisme ; une trépanation lui fut faite, l'opération réussit parfaitement, la santé se rétablit et persista pendant cinquante ans. Après ce long laps de temps, l'opéré revit son chirurgien qui s'étonna de ne trouver aucun trouble dans la santé de son ancien malade. troubles que le chirurgien eut le tort de décrire. Il n'en fallut pas davantage pour créer de toutes pièces une psychose.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les organites de la sécrétion interne dans le pancréas

par le professeur **E. Laguesse**

Les travaux des physiologistes, et particulièrement ceux de Mering et Minkowsky et de Hédon, ont montré que le pancréas possède, outre sa sécrétion externe, une sécrétion interne, c'est-à-dire qu'il élabore et verse dans le sang certaines substances, dont la nature et le rôle sont encore d'ailleurs insuffisamment définis. Ce que l'on sait bien seulement, c'est que si, chez le chien, on empêche l'accès de ces substances dans la circulation, soit en extirpant le pancréas (Mering et Minkowsky), soit en liant ses veines (Gley), l'animal devient diabétique ; tandis que la conservation d'un fragment minuscule de cet organe, même déplacé et greffé au loin sous la peau (Hédon) suffit à le préserver de cette affection.

Pour étudier la sécrétion externe, on peut l'isoler, la recueillir à l'aide de fistules, ou la préparer de toutes pièces en faisant macérer et broyant le pancréas. De plus on peut suivre sous le microscope les principales phases de son élaboration par la cellule sous forme de grains de zymogène (Heidenhain).

Au contraire, on n'a pu jusqu'ici recueillir isolée la sécrétion interne. On prouve qu'elle doit exister plutôt qu'on ne la montre. N'y aurait-il pas moyen de la voir dans la cellule, comme Heidenhain y a vu la sécrétion externe ? Et d'abord est-elle fabriquée par toutes les cellules du pancréas, ou par certains groupes spécialisés, au moins momentanément, dans cette fonction ? Nous allons voir qu'on peut dès maintenant, semble-t-il, répondre dans une certaine mesure à ces questions.

Si l'on examine à un faible grossissement, dit Langerhans (1869) un pancréas de lapin ayant séjourné deux à trois jours dans le liquide de Müller, on y remarque, régulièrement réparties dans la glande, des taches arrondies d'un jaune intense de un à deux dixièmes de millimètre, faciles à isoler sur la glande fraîche, ou après quelque séjour dans le sérum iodé. A la dissociation, on les trouve constituées par une accumulation de petites cellules régulièrement polygonales (9-12 μ.) à corps homogène, brillant, réfringentes, à noyau clair et rond, sans gros nucléole, facilement reconnaissables grâce à leur éclat particu-

lier. LANGERHANS désigne simplement ces formations sous le nom d'*amas* ou *groupes cellulaires* (Haüflein, Zellhaüfchen) ; il avoue qu'il n'en peut donner aucune interprétation plausible. SAVIOTTI, V. EBNER confirment leur présence, mais ne leur expliquent pas davantage. Bientôt ils sont oubliés ou confondus avec d'autres objets. En 1879, ils furent retrouvés par le professeur RENAUT, et désignés par lui sous le nom de *points folliculaires*. Ce sont encore les *pseudo-follicules* de PODWYSSOTSKI (1882), les *amas intertubulaires* (intertubulare Zellenhaufen) de KÜHNE et LEA (1882), d'HEIDENHAIN (1883), les *Secondary cell groups* de HARRIS et GOW (1893). Nous avons nous-même repris cette étude depuis 1892-93, et bien que plusieurs des auteurs cités ne croient pas devoir homologuer les formations vues par eux avec celles observées par d'autres, nous avons cru, après les avoir étudiés, pouvoir considérer comme identiques les organites décrits sous ces noms différents. Nous les avons désignés simplement sous le nom d'*Ilots de Langerhans* auquel nous croyons pouvoir ajouter celui d'*îlots endocrines*.

Les *îlots de Langerhans* très nombreux et volumineux chez l'homme, comme nous l'avons montré, paraissent constants chez les mammifères et les oiseaux. La plupart des auteurs nient leur existence chez les vertébrés inférieurs, ou n'ont point cherché à la constater. Pourtant, chez la grenouille, VON EBNER, HARRIS et GOW croient les avoir vus. Nous les avons retrouvés (en même temps que DIAMARE), chez les poissons osseux, et étudiés récemment chez plusieurs amphibiens, notamment chez la salamandre, où ils sont très nets, enfin chez un reptile, chez la vipère. Il est donc vraisemblable qu'ils se retrouvent chez tous les vertébrés possédant un pancréas, et qu'ils sont caractéristiques de cet organe.

En résumant toutes les observations faites à leur sujet, on peut les décrire ainsi. Ils se présentent sous forme d'amas généralement arrondis ou ovalaires, plus ou moins abondants suivant les espèces, et même suivant l'état de nutrition de chaque individu, en nombre par conséquent très variable, mais assez régulièrement répartis dans toute la masse de la glande. Ils sont également de grosseur très différente, chez le même individu d'abord, mais surtout chez les différentes espèces : petits par exemple chez le chien, le tatou, et parfois réduits à quelques cellules, grands au contraire chez l'homme, le singe, le cobaye (HARRIS et GOW, KÜHNE et LEA), chez la vipère, où ils atteignent jusqu'à deux millimètres et demi de longueur. Nous avons pu étudier quatre individus de cette espèce, dont un nous a été gracieusement offert par notre excellent collègue le professeur CALMETTE. Chez ce sujet, à jeun depuis six semaines à deux mois, le pancréas était presque transparent, à peine teinté en gris rosé, et les îlots se détachaient comme de petits amas bien limités, d'un jaune vif, et complètement opaques, qui tranchaient merveilleusement à l'œil nu sur le fond presque incolore de la glande.

Les éléments constituants sont de petites cellules, assez régulièrement polyédriques (souvent cylindriques), parfois très inférieures comme taille aux éléments glandulaires des culs-de-sac. Isolés sur le tissu frais, ou après un court séjour dans le liquide de MÜLLER, elles se distinguent par leur aspect brillant, leur éclat particulier (LANGERHANS). Après fixation par les divers réactifs, on les décrit très généralement comme formées par un protoplasme homogène, sans granulations ou à peu près, quelquefois comme des cellules troubles. Elles prennent très peu les colorants, et, par ce caractère, tranchent et se reconnaissent facilement au milieu des éléments granuleux fortement colorés des alvéoles. En revanche, elles ont un noyau souvent plus volumineux, quelquefois allongé ou irrégulier, beaucoup plus colorable et dépourvu de gros nucléole. Souvent les contours des cellules sont indistincts, et l'amas paraît formé par une masse de protoplasme parsemé de noyaux serrés ; LEWASCHEW trouve ce caractère dans quelques amas chez le chien ; HARRIS et GOW le considèrent comme propre à tous les îlots chez certaines espèces, le cobaye par exemple.

Ces éléments polyédriques sont simplement serrés l'un contre l'autre, mais parfois ils semblent s'ordonner en rangées, pour constituer des travées assez régulières (RENAUT), qui peuvent s'entrecroiser pour former réseau (HARRIS et GOW) ; cette dernière disposition est surtout marquée chez le potto, chez le glouton, chez le phoque, chez la vipère, etc...

Le professeur RENAUT a signalé la riche vascularisation des îlots de LANGERHANS, qui serait analogue à celle des follicules lymphatiques. Mais c'est surtout KÜHNE et LEA qui ont décrit et figuré (lapin, chien, chat) cette circulation toute spéciale. Alors que les mailles du réseau capillaire interalvéolaire sont relativement lâches, on trouve dans les îlots, d'après

eux, des sortes de *glomérules*, formés par des anses capillaires courtes, très larges, très serrées, et très tortueuses, alimentées en partie directement par les artérioles terminales, en partie par les capillaires ordinaires. Ils frappent tellement par leur aspect inusité, sur le tissu injecté, que les auteurs en question auraient été tentés de les prendre pour des productions artificielles, s'ils ne les avaient retrouvés sur le vivant, remplis de sang circulant. Nous avons injecté et décrit chez un supplicié ce réseau vasculaire spécial. On le retrouve avec des caractères analogues chez tous les animaux. Le grand nombre et la largeur de ces capillaires, la disposition des cellules ordonnées en rangées autour d'eux, rendent dès le premier coup d'œil l'îlot comparable à une glande vasculaire sanguine.

Quelle est l'origine embryonnaire des îlots de Langerhans ? Après avoir constaté leur abondance sur le fœtus humain et sur le nouveau-né où ils sont bien plus nombreux que chez l'adulte, nous les avons suivis dans leur développement chez le mouton.

Sur le diverticule intestinal qui représente la primitive ébauche du pancréas, et deviendra le canal de Santorini, la glande se développe par des bourgeons secondaires pleins. Les bourgeons, en croissant, deviennent de longs *cordons variqueux primitifs* pleins, ramifiés, anastomosés à la manière des cordons de Remak dans le foie. Bientôt ils se creusent pour former *les tubes pancréatiques primitifs* entre lesquels, pendant un certain temps, persistent des anastomoses. Ces tubes ramifiés, qui deviennent directement, dans presque toute une longueur, des cavités sécrétantes tubuleuses chez les poissons osseux, ne sont ici que transitoires. Sur leurs parois bourgeonnent ou se différencient sur place, en de nombreux points, les *cavités sécrétantes* ou *acini* ; les portions restantes se régularisent pour former l'arbre des *canaux excréteurs*. Leurs *cellules principales* commencent à se charger de zymogènes dès leur formation (embryons de 65 mm.) Les *cellules centroacineuses* y naissent, partie par différenciation, partie par la pénétration dans l'acinus de l'extrémité terminale des canaux.

De très bonne heure des éléments spéciaux, *cellules troubles* (ou endocrines) apparaissent dans les cordons variqueux primitifs, puis dans les tubes indifférents qui leur succèdent. Elles finissent par disparaître à l'état isolé ; mais, sur les jeunes embryons, en quelques points, elles forment des bourgeons pleins, saillants, puis des masses pleines, volumineuses, qui constituent les premiers *îlots de Langerhans* (ou îlots endocrines). Ils sont simples, ou bien composés, s'ils sont formés par la fusion de plusieurs masses, d'abord isolées. Cette première génération d'îlots pleins (îlots primaires) entre bientôt en régression et s'élimine, en majeure partie au moins, par les canaux. Mais bientôt toute une nouvelle série de générations successives (îlots secondaires), se forme aux dépens des cavités sécrétantes, par la métamorphose de beaucoup d'entre elles en un îlot plein. Ces îlots secondaires, généralement composés, et creusés de tunnels ramifiés parcourus par de nombreux vaisseaux, dilatés et tortueux, continuent à se former pendant toute la vie. Ils représentent une portion de la glande temporairement modifiée pour s'adapter à une fonction nouvelle, et destinée au bout d'un temps relativement court, à se transformer de nouveau en cavités sécrétantes ou acini.

*
* *

Quel peut être le rôle de ces singulières formations ignorées ou négligées il y a quelques années encore ?

Nous pouvons répartir en deux groupes les auteurs qui se sont occupés des îlots. Pour les premiers, ce sont des amas cellulaires non épithéliaux, et sans continuité avec l'épithélium glandulaire : pour les seconds cette continuité existe, et la nature épithéliale n'est pas douteuse.

Les premiers, ou ne se prononcent pas sur la nature de ces organites (Langerhans), ou en font des follicules clos (Kühne et Lea), voire des pseudo-follicules de nature indéterminée (Podwyssorski). Nous ne pouvons assurément suivre aucun de ces auteurs, ayant vu les îlots naître de l'épithélium, y rester attachés, conserver un caractère franchement épithélial d'un bout à l'autre de leurs métamorphoses, et reformer des acini. Nous ne nions pas qu'il ne puisse y avoir dans le pancréas, comme en la plupart des organes, quelques véritables follicules clos, mais ils y sont assurément très rares, tandis que les îlots foisonnent.

Les auteurs qui admettent leur nature épithéliale (Saviotti, Renaut, Lewaschew, Harris et Gow, Dogiel), sont loin d'être d'accord sur leur signification. Pourrons-nous maintenant supposer, avec Harris et Gow, qu'ils sont spécialement chargés de former l'un des éléments de la sécrétion externe, l'un des ferments, ou les carbonates alcalins du suc pancréatique ? Evidemment non, car nous ne voyons point de canaux

perméables pénétrer dans ces masses, souvent volumineuses, à une distance suffisante pour aller recueillir ces produits de sécrétion. Et pourquoi encore dans ce cas, les îlots se développeraient-ils abondants, de si bonne heure, chez des embryons de 13 à 18 mm., bien avant la formation des acini et des cellules à zymogène ?

Restent les hypothèses de LEWASCHEW, de DOGIEL et de RENAUT. LEWASCHEW a le premier suivi, chez le chien, la transformation des acini en îlots pleins. Tout ce que nous avons dit confirme donc pleinement ses données. Il croit même, tout en étant moins affirmatif à cet égard, voir les masses pleines, au bout d'un certain temps, reconstituer des acini. Nous apportons de nouveaux documents à l'appui ; et, par conséquent, nous nous séparons de DOGIEL, qui admet la première partie des faits décrits par LEWASCHEW, et rejette la seconde, pensant que les masses pleines sont des points en régression, des « points morts » de la glande, destinés à disparaître. Mais il est un moment où nous devons aussi nous séparer de LEWASCHEW ; c'est précisément quand il cherche à interpréter le rôle des îlots. Après chaque phase d'excrétion, dit-il en substance, la cellule sécrétante a besoin d'une phase de repos, bien décrite par HEIDENHAIN, et pendant laquelle elle reforme son matériel de sécrétion ; après une période d'activité prolongée, constituée par une longue série ininterrompue de phases d'excrétion et de repos, la même cellule a besoin d'une régénération plus complète, et c'est alors que l'acinus se transformerait en un îlot plein, pendant la durée duquel les éléments sécréteurs subiraient une sorte de rajeunissement.

Cette explication peut contenir une part de vérité, en ce sens qu'au stade îlot plein, des substances peuvent être formées et mises en réserve, qui seront utilisables dans l'acinus seulement ; mais elle ne saurait nous suffire. En effet, nous avons vu *les îlots relativement beaucoup plus abondants chez le fœtus que chez l'adulte, avant toute sécrétion, par conséquent avant toute fatigue.* Nous avons vu d'autre part que des îlots primaires se développent, nombreux, avant la différenciation des premières cavités sécrétantes, aux dépens des tubes pancréatiques primitifs encore indifférents. Ceux-là ne représentent assurément pas un stade de repos, de régénération, de rajeunissement des acini.

Comme nous l'avons dit ailleurs, nous ne pouvons pas davantage admettre l'hypothèse du professeur RENAUT (1879) : le pancréas organe lympho-glandulaire ; puisqu'elle est basée sur cette interprétation que les cellules centro-acineuses seraient de nature conjonctive. Nous avons démontré qu'elles sont épithéliales, mais nous en retenons que cette idée d'un organe constitué de cordons épithéliaux pleins, ordonnés par rapport aux vaisseaux et non par rapport aux canaux excréteurs, est applicable, sinon à l'ensemble du pancréas, du moins aux « *points folliculaires* » qui sont précisément les îlots de LANGERHANS.

Tout en étant d'accord sur quelques points avec les auteurs cités, nous ne pouvons donc adopter aucune des hypothèses proposées jusqu'ici pour expliquer le rôle des îlots. Dès 1893 (Société de Biologie, 29 juillet), nous avons cru avoir en main des éléments suffisants pour en proposer une nouvelle, et toutes nos recherches depuis ce moment sont venues la confirmer. Nous avions été dès l'origine frappés par un fait capital. Lorsque la cavité sécrétante se transforme en îlot, ses cellules principales perdent toute relation avec les canaux excréteurs, pour en contracter de très intimes avec les vaisseaux sanguins : elle s'organise, en un mot, sur le type schématique de la glande vasculaire sanguine. De là à conclure que les îlots sont les organites de la sécrétion interne, récemment étudiée par les physiologistes, et méritent le nom d'*îlots endocrines* (c'est-à-dire sécrétant en dedans, dans le milieu intérieur) il n'y a qu'un pas. Nous avons cru bientôt pouvoir le franchir.

Le réseau capillaire entourant les acini est relativement peu serré, les vaisseaux étroits ; dans les îlots, au contraire, les capillaires sont très abondants, très larges, irrégulièrement bosselés et en contact immédiat avec un bien plus grand nombre de cellules. L'augmentation considérable des surfaces de contact, l'afflux et le ralentissement du sang, la diminution de sa pression, résultant de ces dispositions, facilitent les échanges et particulièrement une sécrétion interne.

On assiste même jusqu'à un certain point à son élaboration chez le fœtus du mouton, quand on voit au moment de la transformation de l'acinus en îlot, les grains de zymogène quitter le sommet de la cellule, se répandre dans toute sa masse et sembler s'y fondre. Le protoplasma qui jusque-là paraissait assez homogène, est nettement maintenant alvéolaire, criblé de petites vacuoles à contenu liquide. Ces très fines gouttelettes n'ont plus les réactions du zymogène, mais le

zymogène paraît avoir contribué à leur formation. Enfin, dans l'îlot qui vient de se former les cellules sont gonflées et rebondies ; plus tard elles diminuent beaucoup de volume et l'îlot tout entier se flétrit. Où a pu passer le liquide qui remplissait leurs alvéoles sinon dans les vaisseaux ? Et alors qu'est-ce autre chose qu'une sécrétion interne ?

Mais nous avons pu observer récemment des faits encore plus nets que nous a fournis l'étude de la vipère. Ici, on trouve très facilement des transitions entre l'acinus et l'îlot, des portions de culs-de-sac dont une moitié sur la coupe est formée de cellules sécrétantes ordinaires, l'autre d'éléments en voie de transformation pour devenir cellules d'îlot plein. Pendant cette métamorphose l'élément s'allonge généralement, devient prismatique élevé, le noyau quitte la base et s'élève peu à peu jusqu'au sommet. Il perd en même temps son gros nucléole, et souvent sa forme régulière. Le zymogène disparaît et la cellule se vacuolise pour prendre l'aspect alvéolaire ou réticulé.

Mais ici un nouveau phénomène vient se surajouter au processus ordinaire. Tandis que disparaissent les gros grains de zymogènes colorables en rouge vif par la safranine après fixation appropriée, d'autres granules de nature différente, plus faciles à fixer, beaucoup plus petits, mais beaucoup plus nombreux, apparaissent sur les travées mêmes du réseau protoplasmique et dans leur substance. Ces granules se colorent très vivement aussi par la safranine. Sur l'organe frais ils sont légèrement teintés de jaune, et ce sont eux qui, bourrant les éléments des îlots, donnent à ceux-ci leur couleur jaune caractéristique et leur enlèvent toute transparence. Le tissu formé par les acini, chez l'animal à jeun depuis longtemps, est au contraire d'autant moins coloré et d'autant plus transparent qu'il contient en ces conditions très peu de zymogène. Peut-être est-ce là chez les animaux venimeux un élément surajouté de la sécrétion interne, dans le but de les immuniser contre leur propre venin ? Certaines recherches de M. Phisalix permettent de le supposer. Quoi qu'il en soit, ces petites granules ici, caractérisent les îlots, les rendent faciles à reconnaître, et nous permettent également de suivre la sécrétion interne.

En effet, pendant leur apparition, nous voyons la cellule changer pour ainsi dire sa polarité. Le noyau était à la base, le sommet ou pôle apical était chargé de zymogène. Celui-ci disparaît, se transforme. Le noyau gagne le sommet et les fins granules de la secrétion interne viennent, au contraire des précédents, s'accumuler au-delà de son pôle basal. Dans beaucoup d'éléments même, on les voit augmenter de nombre à mesure qu'on se rapproche de la base, immédiatement accolée à l'endothélium d'un capillaire sanguin dilaté. En ce point même souvent, non seulement les granules sont si nombreux qu'ils semblent confluents, mais leurs limites tendent à devenir indistinctes, l'extrême base finit par se colorer en masse, et d'une nuance pourtant plus claire. Il semble en un mot que les granules subissent là une véritable fonte pour prendre l'état liquide et couler dans le vaisseau

Nous assistons donc ici au changement de polarité de la cellule, à l'élaboration d'une partie de la sécrétion interne, et à son cheminement graduel jusqu'à la base, c'est-à-dire jusqu'aux limites du vaisseau. Sera-t-il bien téméraire de prétendre maintenant qu'elle franchit la mince paroi de ce capillaire pour se mêler au sang ? Nous ne le croyons pas, et le nom d'*îlots endocrines* attribué aux organites découverts par Langerhans, nous semble de plus en plus justifié. Le pancréas serait une glande à double sécrétion comme le foie dont on ne saurait trop le rapprocher. Les deux cellules caractéristiques de ces organes sont bipolaires. Mais la cellule hépatique livre simultanément par chacun de ses pôles, les sécrétions externe et interne. La cellule pancréatique, au contraire, livrerait *alternativement*, par les deux mêmes pôles, les deux sécrétions, l'externe quand elle fait partie d'un acinus, l'interne quand cet acinus s'est transformé en îlot plein.

Hôpital de la Charité. -- Service de M. le professeur COMBEMALE

Un cas d'hémiplégie hystérique

par G. Mouton, interne des hôpitaux.

Nous avons, tout récemment, rapporté l'observation d'une jeune femme hystérique entrée dans le service du professeur Combemale et qui présentait une contracture post-hémiplégique limitée au côté gauche du corps. Cette lésion d'ordre névropathique était intéressante du fait de sa longue durée et de sa résistance relative à la psychothérapie : la bonne fortune des séries nous mettait en présence peu après d'une hémiplégie hystérique type, et que la plus vulgaire

des suggestions à l'état de veille a fait évanouir, pour ainsi dire.

Voici l'observation :

T...., Fidèle, 45 ans, de Loos, marié, cordonnier de son état, entre, le 18 mai 1898, pour une hémiplégie droite, dans le service médical de la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 15.

On note, dans ses antécédents héréditaires, que son père mourut de septicémie à 68 ans; que sa mère, morte de sénilité à 74 ans, était sujette à des attaques de rhumatisme, fut toute sa vie très irritable et partant d'un commerce difficile. Un frère et deux sœurs sont en bonne santé, mais névropathes. Quatre enfants sont morts, en bas âge, d'affection inconnue.

Parmi les antécédents personnels : la rougeole à 7 ans, sans complications ; et c'est tout. Pas de blennorrhagie, ni de syphilis. Alcoolisme peu accentué. Il y a huit ans, cet homme a travaillé à la fabrication du blanc de céruse, mais d'une façon intermittente : pas de saturnisme.

T.... est d'ailleurs un homme de constitution robuste, solidement charpenté, magnifiquement musclé, sans tare apparente ; rien d'anormal aux poumons, au cœur, aux reins. Les fonctions digestives se font parfaites et régulières.

Ce qui n'empêche pas que ce « modèle d'atelier » est un névropathe avéré : faciès caractéristique à l'œil langoureux, humide et brillant ; troubles vaso-moteurs intenses, rougeur subite du visage, dermographisme accentué ; abolition des réflexes pharyngé et cornéen ; points hyperesthésiques sous-mammaires ; pas de clou, ni d'hyperesthésie épineuse et testiculaire. Champ visuel normal ; pas de dyschromatopsie, ni de diplopie monoculaire, ni de polyopie monoculaire ; pas davantage de micropsie ou de mégalopsie. Inegalité pupillaire. Pas de blépharospasme, ni de kopiopie, ni d'ophtalmoplégie externe. Un peu d'hyperesthésie de la rétine. Il n'y a jamais eu d'attaques ou de crises convulsives.

Venons-en maintenant à l'histoire de la maladie actuelle : le mardi 17 mai, à onze heures du matin, notre homme, cordonnier de son état, réparait une chaussure, lorsque, *sans cause déterminante appréciable* (émotion, frayeur, discussion, chagrin, traumatisme), *subitement, sans prodrome, sans ictus*, « véritable coup de foudre dans un ciel serein » apparut une faiblesse dans le membre supérieur droit, telle que la chaussure qu'il tenait en main tomba à terre ; en même temps, le membre inférieur du même côté refusait tout service et condamnait l'individu à l'impotence absolue.

Le lendemain, cet homme entre à l'hôpital et voici le résultat de l'examen auquel on se livra : l'hémiplégie est droite et complète : les membres inférieur et supérieur soulevés retombent inertes sur le plan du lit. Il est à remarquer cependant qu'en exécutant cette manœuvre, il existe un très léger degré de contracture : cette sensation de raideur se manifeste surtout à la flexion de l'avant-bras sur le bras.

Cette paralysie exactement limitée aux deux membres du côté droit, double monoplégie, si l'on peut dire, s'accompagne d'anesthésie dont les limites et les contours sont rigoureusement perpendiculaires à l'axe longitudinal du membre : anesthésie dite *en manche* pour le membre supérieur, *en gigot* pour l'inférieur. La limite, en effet, du territoire où cesse l'anesthésie et où commence l'esthésie répond à une ligne de démarcation idéale qui correspondrait, sur le vêtement, à l'union de la manche avec l'épaule. A la cuisse, la sensibilité ne reparaît que juste au-dessus du pli inguinal.

L'anesthésie est complète, totale, atteignant tous les plans superficiel et profond : peau, muscles, articles. Le sens musculaire n'est pas conservé et la même insensibilité est notée du côté des articulations. L'amyosthénie est très nette. Non seulement est atteinte la sensibilité tactile générale, mais encore les autres modes (algo et thermo-anesthésie). Les sens spéciaux, tels que la vue, l'ouïe (manœuvre de la montre) l'odorat, sont normaux, sauf le goût qui est aboli, mais non perverti, du côté droit de la langue. Enfin, trouble léger de la calorification du côté hémiplégique, où la peau est un peu plus froide que du côté sain.

Ajoutons que la face n'a point participé à cette hémiplégie : conservation presque absolue de la sensibilité sensorielle, on vient de le voir ; le malade siffle sans efforts, rit sans grimaces, ferme complètement la fente palpébrale et tire la langue qui n'est nullement déviée Pas de tremblements, ni de contractions fibrillaires. Toutefois, une très légère déviation de la commissure labiale droite. Abolition des réflexes plantaire et rotulien, à droite. Réflexes crémastérien et abdominal normaux, de ce même côté. Aucun trouble des sphincters.

Les réactions électriques n'ont pas été recherchées.

La température, prise le matin et le soir, a donné, dans l'aisselle, à droite 36°9-37°3 ; à gauche 36°8-36°0 ; dans le rectum 37°7-37°7. Il n'y a donc pas de différence bien sensible en faveur du côté lésé.

Devant ce tableau symptomatique typique, après élimination de lésion cardiaque, rénale, d'origine quelconque (syphilis, alcoolisme, intoxication), on pose le diagnostic d'hémiplégie hystérique fondé sur la soudaineté du début, l'absence d'ictus, le névropathisme du sujet, la face respectée.

En conséquence, une thérapeutique purement psychique (anneaux de collodion aux deux membres), aidée d'une puissante suggestion verbale, fut mise en œuvre. En trois jours, le malade était complètement guéri et quittait l'hôpital, heureux d'en être quitte à si bon compte.

Sur un cas de roséole médicamenteuse due à l'antipyrine prise par la voie gastrique

par **G. Brongniart**, étudiant en médecine

L'administration de l'antipyrine par la voie gastrique donne lieu, plus souvent qu'on ne le pense, à des accidents cutanés, consistant généralement en des poussées d'eczéma bulleux intéressant toutes les

parties du corps. La collection de l'*Echo médical du Nord* (1) contient déjà un cas dans lequel l'éruption prit l'aspect morbilliforme, celui de la roséole médicamenteuse. Un exemple de ce genre s'est présenté à nouveau, chez un malade du service de M. le professeur COMBEMALE ; son observation nous a paru intéressante à rapporter tant au point de vue des signes particuliers présentés par le sujet atteint, qu'en raison de la marche de l'éruption.

Le nommé Jules D..., entré à l'hôpital, salle Sainte-Catherine, n° 17, pour un pneumothorax limité au sommet du poumon droit, voit graduellement ce pneumothorax s'infecter. La fièvre continue qu'il présente étant de nature tuberculeuse, l'antipyrine lui est ordonnée à raison d'un gramme par jour.

Au bout de huit jours de ce traitement, à la visite du 18 juin 1898, on constate sans qu'il ait appelé l'attention à ce sujet, qu'il est porteur d'une éruption particulière du type morbilliforme. Le cou, le tronc, les membres inférieurs et supérieurs sont couverts d'une série de petites taches rouges, de coloration et d'intensité variant du rose au rouge et ne présentant pas encore d'ailleurs un aspect papuleux.

Séparées les unes des autres par un espace variable — quoique toujours minime — ces taches sont arrondies et leurs dimensions varient de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Ces dernières sont d'ailleurs les plus nombreuses.

Les membres inférieurs semblent plus particulièrement atteints et — fait à noter — à droite, l'éruption paraît se localiser de préférence à l'articulation du genou. Elle ne paraît pas avoir plus de prédilection pour la face antérieure des membres que pour la face postérieure. A la paume de la main, à la plante des pieds, entre les doigts et les orteils, les taches sont peu nombreuses ; leur coloration est d'un rose pâle.

La poitrine est le siège d'une éruption assez intense mais sans grand caractère particulier. Le dos au contraire n'est plus qu'un vaste placard de couleur vineuse. Il est presque impossible de distinguer les taches les unes des autres. Quelques-unes de ces taches prennent ici un aspect papuleux remarquable. Ce phénomène ne se retrouve pas d'ailleurs autre part.

A la face, nous n'avons pu découvrir aucune tache de nature morbilliforme. Les muqueuses ont été aussi complètement respectées.

L'examen des urines ne révèle rien de spécial au point de vue de l'albumine.

Cette apparition de plaques de roséole médicamenteuse s'accompagne dans ce cas de ce fait assez rare de n'avoir été signalée par aucun phénomène général.

Les accidents consécutifs à l'ingestion d'antipyrine sont, on le sait, parfois assez graves et l'éruption s'accompagne parfois de fièvre très intense, d'accidents du côté des muqueuses, de démangeaisons, etc., etc.

(1) RUYSSEN. — *Érythème rubéoliforme dû à l'antipyrine*, 1897, p. 359.

Or, ici, on l'a vu, rien de semblable. Tout s'est borné à l'apparition silencieuse de plaques de roséole, sans que même l'attention du malade ait été attirée de ce côté.

On serait tenté peut-être d'expliquer cette éruption par l'existence d'une diathèse qui provoquerait l'apparition de plaques de nature spéciale, mais un examen approfondi du malade et les commémoratifs ont donné sous ce rapport, un résultat absolument négatif.

Il y a plutôt lieu, il nous semble, de se rejeter sur l'état cachectique actuel du malade, qui aurait ainsi favorisé l'action toxique du médicament.

Le malade en effet, à ce qu'il nous a raconté, avait pris autrefois de l'antipyrine sans en ressentir aucun effet nuisible, mais, à cette époque, sa constitution était très bonne. S'il a suffi actuellement d'une dose assez faible d'antipyrine pour amener des accidents tels que ceux que nous relatons ici, nous ne pouvons qu'en attribuer la cause à l'état de cachexie dans lequel se trouve maintenant le malade et qui favorise singulièrement l'action toxique d'un médicament jusque-là inoffensif.

Il y aurait alors, dans toutes les intoxications médicamenteuses, quelque chose de plus à considérer que la prédisposition naturelle de l'individu : ce serait, dans certaines circonstances, le peu de résistance qu'oppose, momentanément ou définitivement, aux médicaments, un organisme jusque-là assez puissant pour ne pas en subir l'action toxique.

VARIÉTÉS

La Médecine dans le Cambresis au XIII[e] siècle

M. le D[r] COULON a eu la bonne fortune de retrouver à la Bibliothèque de Cambrai un manuscrit du XIII[e] siècle, écrit en langue romane, contenant un certain nombre de recettes médicales employées dans le Cambrésis. Nous extrayons de son ouvrage (Curiosités de l'Histoire des Remèdes.... Cambrai, 1892) la traduction de quelques recettes, qui donneront un aperçu de la façon dont on comprenait la thérapeutique à cette époque.

Voici d'abord pour les chauves :

Pour ceux qui sont chauves, prenez des mouches que vous mettez dans un pot neuf pour les brûler ; mélangez avec du jus de cerfeuil et des noisettes de bois en poudre, ainsi que du miel et de l'huile, le tout ensemble ; si vous les en frottez, les cheveux repousseront certainement.

Contre les poux :

Contre les cirons des sourcils, prenez un œuf dur, écaillez-

le pendant qu'il est chaud et coupez-le par quartiers avec un couteau. Prenez un morceau de linge bien blanc que vous mettrez sur les yeux, et au-dessus le quartier d'œuf aussi chaud qu'on pourra le supporter. Alors les cirons sortiront ; puis si vous secouez le linge sur des charbons, vous entendrez les cirons craquer.

Voici deux recettes pour les écrouelles :

Contre les écrouelles, vous prenez un lézard que vous faites frire dans l'huile, mettez cette huile dans un pot ; si vous en faites des frictions elles guériront.

Contre le même mal, prenez le collet de cuir d'un cerf qui puisse tout couvrir. Mettez dessus de la thériaque et tant que l'emplâtre restera appliqué, le mal cessera d'augmenter.

Quelques recettes que nous soumettons aux chirurgiens :

Pour celui qui ne peut retenir ses urines, prenez des ongles de porc et brûlez-les sur un feu, de façon à les réduire en poudre, et vous en mettez sur la peau.

Celui qui a de l'incontinence d'urines n'a qu'à prendre la cervelle d'un lièvre, de la semence d'anis et de laitue, le tout ensemble détrempé dans du vin.

Contre le mal au sein, faites un emplâtre de fiente de pigeon, de miel et de cire, que vous appliquez sur le mal ; il se passera, ainsi que le gonflement et les douleurs.

Voici deux moyens très simples pour arrêter les hémorragies :

1° Pour faire refermer une veine ouverte, buvez du jus de plantain et de cresson.

2° Ecrivez ces lettres sur du parchemin, en deux endroits, et liez-les sur les deux cuisses de celui ou de celle qui aura une hémorragie, le sang s'arrêtera : h, b, c, v, o, x, a, g. Et si vous voulez en faire l'épreuve, écrivez-les sur le couteau dont vous vous servirez pour tuer un porc ; il n'en sortira pas de sang !

On ne connaissait point les pinces, mais on connaissait les lettres hémostatiques ! Voici d'ailleurs un autre moyen :

Si une femme a ses époques en trop grande abondance, prenez de ses cheveux, et liez-les autour d'un arbre vert, n'importe lequel ; puis prenez de la corne de cerf que vous faites brûler et réduire en poudre. Si vous lui en faites boire avec du vieux vin, elles diminueront.

Aux accoucheurs nous dédions ce remède quelque peu indigeste :

Si une femme n'a pas assez de lait, cassez du cristal et pulvérisez-le ; si vous lui en donnez à boire avec du lait, il en viendra suffisamment.

La thérapeutique oculaire est très simple :

Contre tous maux d'yeux, prenez un limaçon rouge et cuisez-le dans l'eau, puis retirez la graisse, et vous en couvrirez les yeux quand vous irez dormir.

Pour les ensorcelés, voici un conseil plus facile à donner qu'à suivre :

Pour celui qui est ensorcelé, procurez-lui deux hérons blancs et apprêtez-les comme on prépare une poule, pour les lui faire manger.

Enfin, pour les médecins embarrassés dans leur pronostic, nous livrons notre dernière recette :

Voulez-vous savoir si un homme malade mourra ou non ? mettez de son urine dans un vase et faites-y goutter le lait d'une femme qui nourrit un garçon à la noire chevelure ; si vous voyez le lait se maintenir à la surface, il mourra ; mais si le lait se mélange avec l'urine, le malade a des chances de guérir. Si c'est une femme qui est malade, prenez également le lait d'une femme qui nourrit une fille. G. P.

Définitions

Extrait du dictionnaire LITTRÉ :

Thérapeutiste : Celui qui s'occupe de thérapeutique : « Les médicaments irritants sont d'un grand secours pour le thérapeutiste (J. CLOQUET) ».

Thérapeutes : Moines du Judaïsme qui se livraient à la vie contemplative et qui menaient une vie fort mortifiée : ils ont été comme le modèle sur lequel s'est formé l'état monastique. « Remarquons en passant que les révérends pères carmes ont gravement et fortement soutenu que les thérapeutes étaient carmes (VOLTAIRE. *Philos. Hist. Établiss. Christian*) ». — « Les thérapeutes s'enfermaient toute la semaine sans sortir de leurs cellules et même sans oser regarder par les fenêtres. (DIDEROT. *Opin. des anc. philos*). »

Extrait du dictionnaire LAROUSSE :

Thérapeutes : Une des branches de la secte des esséniens. Ils étaient répandus en Égypte et surtout aux environs d'Alexandrie, vivaient s'adonnant à la prière, aux austérités et à la contemplation, dans des semnées ou habitations assez semblables aux monastères et qui étaient dispersées dans les solitudes. PHILON est le premier qui ait parlé des thérapeutes.

Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler la signification de ces termes, à l'heure où l'on s'occupe tant des *sérothérapeutes* (sic). Et, pendant que nous sommes à parler français, pourquoi ne rappellerions-nous point aux auteurs qui ont, comme ils disent, *rupturé* des adhérences ou qui suturent un tendon *rupturé*, que le verbe rompre et son participe rompu sont à leur disposition pour empêcher un barbarisme nouveau de s'ajouter à ceux qui sont déjà légion dans la langue ?

Intérêts Professionnels

Responsabilité des somnambules dans l'exercice illégal de la médecine.

La somnambule qui prescrit des médicaments à des malades se rend coupable du délit d'exercice illégal de la médecine, alors même qu'à ce moment elle se trouve plongée dans le sommeil hypnotique : les actes qu'elle a accomplis pendant le sommeil ont été, en effet, précédés et suivis d'actes dont elle est pleinement responsable, et ces actes successifs, dont les uns sont conscients et les autres peut-être inconscients, forment un ensemble indivisible, dans lequel la volonté a une part suffisante pour que la loi pénale puisse être appliquee.

Min. pub., c. femme Chevalier.

LE TRIBUNAL,

Attendu que les faits reprochés à la femme Chevalier ne sont pas matériellement contestés ; qu'il est du reste prouvé, non seulement par les aveux de la prévenue, mais par les débats.

qu'à Montendre, depuis plus de 10 ans, elle n'a cessé de soigner des malades ;

Attendu que son système de défense consiste à prétendre que si elle n'ignore pas, lorsqu'elle est en etat de veille, les actes auquels elle se livre pendant le sommeil, du moins n'a-t-elle jamais donné de consultations à aucun malade sans être plongée dans le sommeil somnambulique qui anéantit sa volonté ; que ce sommeil, eût-t-il été volontaire, n'en a pas moins été réel et que, par suite, elle ne saurait être déclarée responsable ;

Attendu que la réalité de la situation qu'elle allègue ne repose que sur des affirmations et des présomptions ; mais que, résultant, sinon d'un rapport, tout au moins de l'appréciation d'une autorité médicale telle que le docteur Pitres, le tribunal peut l'admettre ;

Mais attendu que ces actes accomplis pendant le sommeil ont été précédés et suivis d'actes dont elle est pleinement responsable et par lesquels elle a préparé l'accomplissement de ces actes inconscients et en a utilisé les produits ; qu'ainsi, depuis plus de dix ans, elle se rend périodiquement, et à des jours déterminés, à Montendre, afin d'y donner des consultations ; qu'elle se procure un local pour y recevoir le public, se fait accompagner d'une bonne chargée d'écrire les ordonnances sous sa dictée, et de la réveiller au moment voulu ; qu'elle répand partout des prospectus en vue d'augmenter sa clientèle ; enfin qu'elle perçoit le prix des consultations et l'emploie même, s'il faut en croire les renseignements fournis par le maire de sa commune, avec une entente parfaite de l'économie domestique, puisqu'elle s'est enrichie à son métier et a pu acheter, depuis qu'elle s'y livre, une maison et des terres ;

Attendu que ces actes successifs, dont quelques-uns sont conscients et les autres peut-être inconscients, forment un ensemble présentant un caractère d'indivisibilité constituant l'exercice de la médecine et dans lequel la conscience a une part suffisante pour que la loi pénale puisse être appliquée ;

Attendu d'ailleurs qu'elle reconnaît n'être munie d'aucun diplôme ;

Attendu, dès lors, que l'épouse Chevalier a contrevenu aux art. 16, 17 et 18 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Par ces motifs,

Déclare la nommée Bernier (Clémence), femme Chevalier, coupable d'avoir, à Montendre, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine ; en réparation, la condamne à 200 francs d'amende ;

La condamne en outre aux dépens liquidés à la somme de 58 francs ;

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps, le tout par application des art. 16, 17 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, 194 C. inst. crim., 9 de la loi du 22 juillet 1867.

Note. — Le Tribunal de Rennes a décidé, dans un jugement du 28 avril 1888 (D. 90.3.56), que la somnambule plongée dans le sommeil magnétique perd momentanément l'usage de la raison et ne peut être considérée comme le coauteur de la contravention d'exercice illégal de la médecine commise par son magnétiseur. Le tribunal ajoutait, d'ailleurs, que la somnambule aurait pu être condamnée comme complice, s'il ne s'était agi d'une simple contravention, et la complicité est aujourd'hui punissable, puisque l'exercice illégal de la médecine est devenu un délit depuis la loi du 30 novembre 1892. Malgré ses réserves, cette décision n'en a pas moins été critiquée avec raison (Dalloz, Supp., v° Médecine, n° 36). La jurisprudence a décidé, en effet, qu'une somnambule est responsable de ses prescriptions médicales illicites, alors même qu'elle se fait assister d'un médecin, si le rôle de ce dernier se borne à approuver et à signer les ordonnances par complaisance, sans examen personnel : Cass. 25 avril 1857 (D. 57.1.269) et 17 décembre 1859 (D. 60.1.196) ; Lyon, 23 juin 1859 (D. 60.2.77) et 7 mai 1860 (D. 60.1.464).

NOUVELLES & INFORMATIONS

SOCIÉTÉS SAVANTES

Le 37e Congrès de MM. les délégués des Sociétés savantes de Paris et des départements se tiendra à Toulouse durant la semaine de Pâques.

Congrès de gynécologie de Marseille (octobre 1898)

Les questions mises d'avance à l'ordre du jour sont les suivantes :

Section de Gynécologie (président M. le docteur Pozzi)

Diagnostic et traitement des grossesses extra-utérines, rapporteur M. le docteur P. Segond, professeur agrégé de l'Université de Paris.

Section d'Obstétrique (président M. le docteur Pinard)

Des auto-intoxications gravidiques, rapporteurs MM. les docteurs Bouffe de Saint-Blaise, chef de clinique de la Faculté de Paris, et Fieux, professeur agrégé de l'Université de Bordeaux.

Section de Pœdiatrie (président M. le docteur Broca)

a) Questions discutées, sections réunies :

Chirurgie : *Des hernies abdominales congénitales*, rapporteur M. le docteur Delanglade, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille.

Médecine : *Des associations microbiennes dans la diphtérie*, rapporteur M. le docteur Méry, agrégé à l'Université de Paris.

b) Questions discutées en section spéciale :

La dyspepsie des collégiens, rapporteur M. le docteur P. Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris.

Traitement des cardiopathies infantiles, rapporteur M. le docteur Weill, médecin des hôpitaux de Lyon.

Les purpuras de l'enfance, rapporteur M. le docteur Léon Perrin, de Marseille.

Les diplégies de l'enfance, rapporteur M. le docteur Oddo, médecin des hôpitaux de Marseille.

Les colites de l'enfance, rapporteur M. le docteur L. Guinon, médecins des hôpitaux de Paris.

Traitement du pied bot paralytique, rapporteur M. le docteur Z. Métaxas, de Marseille.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Chatelain (de Nancy) ; Loignon (de

Valence); Vitte (de Saint-Julien-de-Reyssouze); Renard (d'Ancy-le-Franc); Léopold-Eugène Dupuy, médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

BIBLIOGRAPHIE

Code pratique des honoraires médicaux, ouvrage indispensable aux médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants, magistrats, avocats, huissiers, etc., par le docteur Ch. Floquet, médecin en chef du Palais-de-Justice et du Tribunal de Commerce; préface de M. le professeur Brouardel, 2 vol. gr. in-18 de 746 pages, 1898, chez Marchal et Billard, éditeurs, place Dauphine, 27, Paris.

La question si délicate et si controversée des Honoraires médicaux n'a jusqu'à ce jour fait l'objet d'aucun traité spécial et complet. C'est pour combler cette lacune que l'auteur, familier avec les études de droit et avec la pratique médicale, a écrit ce livre dont le caractère pratique n'échappera pas au lecteur.

L'ouvrage, mis au courant de la doctrine et de la jurisprudence des Cours et Tribunaux, s'adresse tout aussi bien à la magistrature et au barreau qu'au monde médical. « C'est, comme le dit si bien M. le professeur Brouardel, l'éminent doyen de la Faculté de Paris, l'exposé fidèle des difficultés auxquelles se heurte le praticien lorsqu'il se trouve en présence de clients ou de sociétés qui refusent de reconnaître le prix d'un service rendu ».

Ce nouveau livre se divise en deux parties : la première comprend dix-huit chapitres dont voici les sommaires :

Définition des honoraires. — Des origines de la médecine théurgique et de la médecine laïque. — Du droit reconnu aux médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes d'exiger des honoraires. — Des conventions d'honoraires. — Du prix des soins médicaux. — Des tarifs d'honoraires. — Des honoraires des médecins de Sociétés de secours mutuels. — Des honoraires des médecins de l'Assistance médicale gratuite. — Des honoraires des médecins des Compagnies d'assurances. — Des honoraires médico-légaux. — Du prix des certificats, rapports et consultations médico-légales. — De la fixation du prix des médicaments et autres produits pharmaceutiques. — De la comptabilité médicale. — De la force probante des livres et registres tenus par les médecins. — Du recouvrement des honoraires. — De la prescription des honoraires médicaux. — Du privilège des médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes. — Des personnes responsables du paiement des honoraires. — De la dette alimentaire. — Des intermédiaires. — Des contestations d'honoraires. — De l'action des médecins, sages-femmes, dentistes, pharmaciens pour le paiement de leurs honoraires. — De l'observation du Secret professionnel dans leurs demandes en justice. — Des diverses procédures à suivre dans les demandes d'honoraires.

L'appendice qui constitue la deuxième partie de l'ouvrage contient les lois, décrets, règlements, circulaires, etc., concernant l'Exercice de la médecine et de la pharmacie, le choix des Médecins-experts, les Tarifs de leurs honoraires, l'Assistance médicale gratuite à Paris et en province, le Service médical de nuit, les Sociétés de secours mutuels, l'Hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels et les Accidents du travail.

Enfin deux tables des matières, l'une analytique, l'autre alphabétique, facilitent les recherches.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

32e semaine du 7 au 13 Aout 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	12
3 mois à un an	12	15
1 an à 2 ans	6	2
2 à 5 ans	»	1
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	2	3
20 à 40 ans	3	3
40 à 60 ans	6	5
60 à 80 ans	3	8
80 ans et au-dessus	2	1
Total	47	49

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	7	11	11	22	9	15	8	13	16	»	5	117
TOTAL des DÉCÈS	10	7	18	14	3	12	7	5	14	1	5	96
Autres causes de décès	4	1	4	3	1	5	4	1	4	»	4	31
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Phthisie pulmonaire	1	1	3	2	»	»	»	4	»	»	»	11
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	2	2	8	9	2	3	3	»	8	1	1	39
Maladies organiques du cœur	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4
Bronchite et pneumonie	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3
Apoplexie cérébrale	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	1	1	1	»	»	»	»	»	1	»	»	4
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gérant, Th CLERQUIN

N° 85. Deuxième Année, N° 35. Le Numéro : 10 centimes. 28 Août 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — Congrès de la tuberculose. — TRAVAUX ORIGINAUX : Traitement de l'hémoptysie tuberculeuse; leçons de clinique thérapeutique, par le professeur **Combemale**, recueillies par M. **Verhaeghe,** externe des hôpitaux. — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. HALLOPEAU communique à l'**Académie de médecine** un rapport sur le travail de M. CLOZIER dont nous avons rendu compte la semaine dernière. C'est à juste titre que cet auteur a essayé l'emploi du sérum de MARMOREK dans le traitement de la streptococcie pulmonaire ; les succès obtenus dans l'érysipèle justifient cette expérimentation ; les résultats obtenus établissent qu'elle est bien supportée malgré l'existence d'un état général grave. Il est à désirer que de nouvelles tentatives soient faites dans cette même direction. Il faut en attendre les résultats pour juger de l'efficacité de la méthode.

*** M. PANAS dit que l'énucléation de l'œil, très souvent pratiquée autrefois, l'est bien moins aujourd'hui. L'énucléation était surtout faite pour éviter l'ophtalmie sympathique. On la faisait et on la fera dans les tumeurs oculaires; on la faisait dans le glaucome. La crainte de l'ophtalmie sympathique est très exagérée. Sur dix mille malades, l'auteur a vu un seul cas sympathique grâce à l'introduction de l'antisepsie. L'énucléation n'est pas sans danger. Le malade peut mourir de méningo-encéphalite, plus rarement du tétanos. La grosse objection est la difformité, qui peut empêcher l'individu de continuer son travail. De plus, chez l'enfant, il y a arrêt de développement du côté de la face. Il est nécessaire que le sujet énucléé change deux fois par an l'œil artificiel, qui coûte cher. Des conjonctivites, des blennorrhées peuvent se développer. Il peut survenir de l'ectropion de la paupière supérieure, qui laisse tomber l'œil et nécessite des opérations plastiques. Si l'on pratique l'énucléation, on conservera au moins une partie du globe avec ses muscles, pouvant recevoir l'œil artificiel, qui est alors mobile.

M. PANAS a conçu un procédé opératoire conservateur qu'il a utilisé dans 200 cas. Dans les glaucomes avec staphylome, on croyait qu'une incision pouvait amener de graves hémorragies, mais il n'a eu cet accident que 2 fois sur 200 fois. Dans un de ces cas, il a fait l'évidement de l'œil après forcipressure.

L'opération nouvelle, kératectomie, consiste à n'enlever que la cornée. Si l'iris adhère, il est enlevé aussi. Sinon, on fait l'iridodyalise. Il n'y a pas d'écoulement du corps vitré. On enlève le cristallin ; au préalable, une aiguille de Reverdin a été passée au travers de l'œil, munie d'un fil que l'on noue si le vitré tendait à sortir. On fait quelques points de suture sur la sclérotique. Les accidents du glaucome cessent. Même quand il y a des plaques calcaires, on doit préférer le procédé de conservation.

L'auteur emploie cette méthode contre les panophtalmies, sauf quand l'orbite est envahie. L'hypotonie qui

suit cette opération dans le glaucome semble due au décollement de la rétine, comme l'ont montré des expériences sur des chiens.

*** M. DARIER dit que le protargol donne de bons résultats dans le traitement de l'ophtalmie purulente et amène la guérison en quelques jours, mais que l'ancien traitement au nitrate d'argent reste encore très bon.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

M. NOCARD montre l'identité des tuberculoses aviaire et humaine. A première vue, les cultures ont des caractères très différents. La poule ne prend pas la tuberculose de l'homme par inoculation, non plus que la tuberculose bovine. Réciproquement, certains animaux, comme le chien et le cobaye, très sensibles à la tuberculose humaine, sont réfractaires à l'aviaire. Cependant, si on inocule la tuberculose des oiseaux dans le péritoine du cobaye, celui-ci succombe fréquemment, mais en présentant des lésions particulières. De même, le lapin prend la tuberculose sous une forme très différente, suivant qu'elle est humaine ou aviaire. Mais après quelques passages, les lésions deviennent semblables.

Le cheval, qui est assez résistant à la tuberculose expérimentale, prend celle-ci assez fréquemment dans les conditions naturelles. Il la prend sous le type abdominal ou sous le type pulmonaire. Or, le type pulmonaire répond à une ovigine humaine, l'autre à une origine aviaire. M. NOCARD est convaincu que l'homme peut prendre le bacille aviaire. Inoculant les crachats d'un phtisique à divers animaux, il a constaté qu'ils tuaient le lapin comme la tuberculose aviaire, mais rarement le cobaye. Les cultures obtenues après quelques passages chez le lapin étaient absolument identiques à celles de la tuberculose aviaire. Ce fait prouve, entre parenthèses, que la consommation de volaille tuberculeuse n'est pas sans danger.

Il y a, en faveur de l'identité des deux bacilles, des faits nombreux de basses-cours isolées qui s'infectent à la suite de l'introduction d'une personne tuberculeuse chargée de les soigner. Cependant, la poule qui ingère des crachats tuberculeux ne devient pas tuberculeuse. Mais les expériences ont été limitées à un petit nombre de sujets. Qui peut affirmer que, sur deux cents poules, il ne s'en trouvera pas une qui se laissera envahir par le bacille, lequel va s'acclimater à ce milieu nouveau et pourra se transmettre, une fois doué de propriétés nouvelles, aux autres animaux de la basse-cour ?

Par la méthode de culture in vivo, au moyen des sacs de collodion, M. NOCARD a essayé de transformer le bacille humain. Il a inséré dans la cavité péritonéale de la poule des sacs de collodion contenant du bouillon glycériné ensemencé avec des cultures du bacille de KOCH. Quand ces sacs ont séjourné 5 à 8 mois dans le péritoine d'une volaille, on les retrouve ne contenant plus qu'une sorte de mortier formé de bacilles. La culture s'est faite, et elle est restée vivante malgré le long séjour, car elle se cultive de nouveau. Chose curieuse, elle a pris, le plus souvent, les caractères de la tuberculose aviaire : elle est devenue molle, onctueuse, elle pousse à des températures élevées ; elle a perdu son aspect caractéristique de grumeaux très secs, écailleux. Si on fait deux ou trois passages par la poule, ayant duré quatre à six mois, on obtient une culture tout-à-fait apte à tuer la poule. Dès le premier mois déjà, cette culture tue le lapin avec des caractères identiques à ceux de la tuberculose aviaire. Dans une expérience, au bout de onze mois, une poule porteuse d'un sac devint tuberculeuse. Au milieu d'une masse d'apparence sarcomateuse était le sac rompu et les bacilles avaient infecté le sujet. La transformation s'était faite là sans passages successifs. Les bacilles aviaire et humain sont deux variétés de la même espèce.

*** M. RÉNON dit que chez les animaux expérimentalement infectés, l'aspergillus fumigatus peut donner des formes particulières ressemblant à s'y méprendre à l'actinomycose (LAULANIÉ, LICHTHEIM, RIBBERT, LUCET) : on les retrouve dans les poumons des malades ayant succombé à l'aspergillose primitive de l'appareil respiratoire (WEATHON, RUBERT BOYCE, KOHN) ; jusqu'ici, elles ont toujours fait défaut dans les cultures en milieux usuels.

Ces formes actinomycosiques représentent des productions avortées et elles sont l'indice de la défense extrême de l'organisme et de la vitalité moins grande du champignon On les rencontre dans d'autres mycoses, dans le favus, et chez des microbes. Le bacille de KOCH présente aussi des formes actinomycosiques. Si l'on songe qu'un champignon, l'aspergillus fumigatus, et qu'un microbe, le bacille de KOCH, provoquant tous deux les réactions histologiques du tubercule, possèdent des formes actinomycosiques paraissant relever d'une vitalité moins grande, et si l'on considère que la plupart des parasites pourvus de ces formes spéciales ont une vie saprophytique dans la nature, il n'est pas impossible de supposer qu'il en soit de même du bacille de

KOCH. En faveur de cette idée plaide l'étude de la tuberculose des animaux à sang froid. Les bacilles des tubercules des poissons présentent, dans certains cas, des formes ramifiées déviant des formes primitives et par son passage sur la grenouille, le bacille humain semble perdre de sa virulence.

*** M. PAVIOT rappelle que dans l'association du lupus et de l'épithélioma, c'est à la périphérie des bourgeons épithéliomateux que l'on retrouve les cellules lupiques, avec ou sans cellules géantes. Dans un cas qu'il apporte au Congrès, il s'agit de cellules géantes que l'on voit survenir au centre même des bourgeons épithéliomateux.

Sont-ce bien des cellules tuberculeuses ? Ne s'agit-il pas de ces cellules géantes que l'on a décrites dans les tumeurs des tissus lymphatiques ? Elles sont ici au centre des tumeurs et ne sont entourées d'aucune zone de cellules embryonnaires ; on peut en conclure que cet épithélioma, greffé sur un lupus ne présentant aucune trace d'infection, offre bien des cellules géantes de nature tuberculeuse et non d'une nature indéterminée. Ce fait vient confirmer cette notion acquise, et bien vue pour l'épithélioma du corps thyroïde, que la cellule géante peut se développer aux dépens des cellules épithéliales. On ne peut parler ni de fusion de cellules, ni de cellules angioplastiques, ni de pénétration de leucocytes. Enfin, il existe entre les cellules épithéliomateuses qui naissent autour d'un tubercule et les cellules propres qui naissent de ce tubercule une parenté étroite.

TRAVAUX ORIGINAUX

LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

par le professeur **Combemale**,

recueillies par M. **Verhaeghe**, externe des hôpitaux

Traitement de l'hémoptysie tuberculeuse

Messieurs,

L'hémoptysie est un accident qui se présente fréquemment, mais dans des circonstances diverses, au cours de la tuberculose pulmonaire. Les deux tiers des tuberculeux crachent en effet du sang, quelques-uns une seule fois au début ou à la période ultime de leur tuberculose, d'autres très souvent à toutes les étapes de leur maladie. L'abondance du sang rejeté est très variable et la dénomination d'hémoptysie comprend tous les crachements de sang depuis le filet rouge, la parcelle rutilante striant la salive et teintant nettement l'expectoration jusqu'au flot de sang qui parfois est tellement subit et abondant qu'il fait croire à une hématémèse ; au reste, il convient toujours de ne pas s'en laisser imposer pour une hémoptysie, quand le sang vient des gencives, du nez, de la gorge ou de l'estomac par exemple, et de rechercher par tous les moyens cliniques la source de l'hémorrhagie.

Le sang expectoré dans l'hémoptysie est rouge, rutilant, mousseux, vermeil d'abord, mais s'il stagne un peu dans le parenchyme pulmonaire, il change d'aspect, il est noir et se présente sous forme de caillots, mélangés à des crachats muco-purulents et contenant assez souvent alors le bacille de KOCH. La présence du bacille spécifique dans ce sang a une importance considérable, car on comprend qu'ainsi le sang, qui séjourne dans les poumons, active nécessairement la propagation de l'infection vers les régions voisines, indemnes jusque-là.

D'ordinaire l'hémoptysie est précédée de prodrômes très légers, qui passent inaperçus du malade, quand il s'agit de sa première atteinte ; mais le tuberculeux qui a déjà craché du sang pressent le retour de l'accident au frisson, à la fièvre, à la courbature, au malaise sans cause apparente, qui s'emparent de lui ; puis survient une sorte de titillation au larynx, à la gorge, un goût salé lui vient à la bouche, le « goût du sang », il tousse, et la toux, dès la première secousse ou après quelques instants, amène aussitôt les crachats teintés de sang.

Les causes de l'hémoptysie sont nombreuses en apparence, mais en réalité elles se ramènent toutes à ceci : toute exagération de la tension sanguine dans le système circulatoire pulmonaire risque de provoquer le crachement de sang. Le tuberculeux a en effet un équilibre de tous les instants à garder dans sa circulation pulmonaire : les tubercules durant toute leur évolution ont pour principal effet, en oblitérant les artérioles, d'accroître la tension sanguine dans le champ de la circulation pulmonaire, la masse sanguine ne diminuant qu'à la longue par anémie et consomption ; favoriser accidentellement ou de façon permanente la congestion qui résulte de cet état anatomique et qui se double de la plus grande fragilité des capillaires, c'est s'exposer à amener une rupture vasculaire, une pneumorrhagie suivie d'hémoptysie ; et pour cela l'augmentation de la pression sanguine n'est pas

nécessairement considérable. La simple stase sanguine périphérique que provoque la germination de tubercules sur un territoire assez large, en ralentissant la circulation ou en la supprimant même, conduit aussi à l'hémoptysie ; la congestion péri-tuberculeuse, par transsudation des globules sanguins à travers les parois des capillaires sans rupture, si elle n'est pas une entité démontrée dans son explication, est justiciable du même mécanisme, l'augmentation de la tension sanguine dans la petite circulation. Retenez, Messieurs, cette pathogénie univoque de l'hémoptysie, qui vous servira pour votre intervention thérapeutique.

Vous devinez dès lors, Messieurs, quelles causes amènent les hémoptysies chez les tuberculeux; tous efforts violents ou répétés, tous efforts surtout des membres supérieurs comme ceux que nécessitent l'équitation, l'escrime, l'action de conduire une voiture, comme ceux qu'exigent les professions de menuisiers, de boulangers, de portefaix, etc., sont à craindre. A incriminer aussi, selon les milieux et les positions sociales, la danse, la marche, la parole à voix haute, les veilles prolongées ; le coït, les efforts de défécation sont aussi causes efficientes, comme un bain trop chaud, le séjour dans un appartement fortement chauffé, un coup de soleil. L'abus passager de l'alcool, une émotion brusque, et chez la femme la période menstruelle sont susceptibles de provoquer l'hémoptysie ; parfois enfin la cause est peu évidente, car c'est au milieu du sommeil, pendant le repas que le crachement sanguin survient. Les causes de l'hémoptysie sont donc fort nombreuses.

Cet accident, vous ai-je dit, peut survenir à toutes les périodes de la tuberculose pulmonaire. En effet, l'hémoptysie est presque toujours un accident révélateur de la tuberculose à sa période initiale, il fait souvent partie du cortège symptomatique de la deuxième période, enfin parfois il survient d'une façon dramatique à la période de cachexie, et met fin à la triste existence du phtisique.

S'agit-il d'une hémoptysie révélatrice de la tuberculose pulmonaire? le sujet a plus de quinze ans, c'est le plus souvent une femme, l'expectoration sanglante est le fait, soit d'une congestion péri-tuberculeuse, soit plus souvent d'une véritable effraction dans un vaisseau ; la pathogénie donnée plus haut est applicable ici dans toutes ses variétés. Généralement ces hémoptysies sont assez abondantes, mais il est bien rare qu'elles amènent la mort. Elles peuvent être uniques, mais aussi il se peut qu'elles se renouvellent plusieurs fois dans le cours de cette période. Dans ce cas, on peut dire que chaque nouvelle hémoptysie est une preuve tangible de l'extension du processus tuberculeux ; ces hémoptysies sont fébriles, durent quelques heures, elles ne se prolongent jamais comme celles de la seconde période.

Celles-ci sont plus rares et aussi peu abondantes : apyrétiques, bénignes, elles sont sous la dépendance de fluxions réflexes éloignées ; Peter les dénommait paraphymiques ; fébriles, graves au contraire, elles signifient comme ci-dessus aggravation et extension de l'infection tuberculeuse ; à celles-là Peter avec son grand sens clinique avait donné le nom de périphymiques. L'effraction de capillaires, l'exsudation sans rupture expliquent ces hémoptysies ; quelquefois cependant l'ulcération d'une veinule est en cause.

A la troisième période, c'est l'hémoptysie foudroyante, ou à répétition ; très abondante toujours, soudaine, cette sorte d'hémoptysie laisse presque le médecin désarmé ; elle est le résultat de la rupture des anévrysmes de Rasmüssen qui se forment dans les grandes cavernes.

Toutes les hémoptysies ont des suites dignes de retenir l'attention du médecin traitant ; les plus importantes sont l'anémie, proportionnelle à la quantité de sang perdu, parfois une fièvre immédiate ; la crainte d'une récidive prochaine a aussi son importance.

En ce qui concerne l'évolution des hémoptysies tuberculeuses, vous devez savoir que, abandonnées à elles-mêmes, presque toujours l'hémoptysie de la première ou de la seconde période s'arrête *sponte sua* ; mais qu'il n'en est pas de même de celles qui sont consécutives à la rupture des anévrysmes de Rasmüssen. Dans l'évolution de la tuberculose, l'hémoptysie a une certaine valeur pronostique ; je vous engage à la considérer sous le jour suivant : accident redoutable très souvent, elle est parfois sans influence, mais rarement, pour ne pas dire jamais, elle est une décharge salutaire, comme on l'a un temps prétendu à tort.

Je vous devais, Messieurs, toutes ces considérations, quelque longues qu'elles aient été, avant d'entrer dans le vif de mon sujet : le traitement de l'hémoptysie. L'hémoptysie a passé longtemps pour un accident contre lequel le médecin ne pouvait rien, et Pidoux a pu dire au début du siècle : l'hémoptysie fait

la confusion et le désespoir de la thérapeutique. Actuellement cette opinion ne s'applique plus qu'à ces cas où le sang est craché à flots ou d'une façon déconcertante par sa répétition infinie. Mais, bien que, encore plus qu'au temps de la thérapeutique de Pidoux, les moyens recommandés soient nombreux, il n'en est qu'un petit nombre sur lesquels on puisse faire fond ; et ce ne sont pas ceux qui ont les noms les plus scientifiques qui sont les meilleurs. Je ne désire vous signaler que les moyens sur lesquels on peut sérieusement compter.

Le professeur Landouzy, il y a quelques années, a exprimé dans une formule saisissante, comment le praticien devait arriver à formuler son traitement dans un cas donné : « la thérapeutique doit être clinique en ses informations, pathogénique en ses indications, physiologique en ses moyens, opportuniste en ses décisions. » Cet axiome si concis et si net, porte en lui-même son explication ; aussi je n'entreprendrai pas le travail inutile de vous justifier les termes de cet aphorisme. Je m'en inspirerai seulement pour essayer, Messieurs, d'étudier devant vous le traitement de l'hémoptysie suivant ce modèle. Et je ne crois pas pouvoir mieux faire que de prendre successivement un certain nombre de cas, ceux devant lesquels vous vous trouverez au moins une fois durant votre carrière de praticiens.

Premier cas. — Vous voici, Messieurs, devant un malade au début d'une tuberculose qu'il ignore ou qu'il ne soupçonne pas devoir évoluer avec fracas. Mal en train depuis quelques jours, avec une pointe de fièvre qui semble revenir l'après-midi de préférence, vaguement inquiet, le malade en se mettant sur son séant, dans son lit, par exemple, a senti un chatouillement à la gorge ; un goût particulier lui est monté aux lèvres, il a toussé plus ou moins fort ; un crachat, puis deux, puis trois, très rouges, ont été expectorés, mousseux et avec la plus grande facilité ; la toux continue, par quintes, qu'il ne cherche pas à contenir ; mais il n'y a pas de caillots dans le sang, reçu à la hâte dans un vase ou un mouchoir. Emoi du malade, alarmes encore plus vives de son entourage, parents et amis. Appelé, vous voyez tout le désarroi d'un coup d'œil ; une fiole de médicament est déjà là, qui vous a précédé. Une auscultation rapide vous montre en un point limité du poumon de l'induration et des râles sous-crépitants fins et humides tout autour.

Ces informations cliniques vous imposent la conduite à tenir. Le diagnostic est celui d'**hémoptysie par congestion périluberculeuse** ; le pronostic n'est pas très sombre d'ordinaire quant à l'accident en lui-même. Vous devrez veiller à remplir les indications qui se présentent, et vous souvenir pour cela de la pathogénie de l'hémoptysie. **L'indication capitale** est ici de combattre cette congestion qui se fait autour du noyau tuberculeux induré, non pas en rendant perméables les vaisseaux obturés par les tubercules, — ce qui est impossible —, mais en détournant et en rendant moins abondant le flux sanguin, qu'attire l'inflammation locale et que retient l'obstacle circulatoire. D'autres **indications secondaires** existent aussi, qui commandent peut-être plus immédiatement l'intervention : il y a de la toux à apaiser, de la fièvre à modérer, sinon à juguler, enfin un système nerveux surexcité à calmer.

Les **moyens** que vous emploierez, Messieurs, seront physiologiques. A un cas simple, comme celui que nous étudions, vous opposerez des moyens d'une égale simplicité. Pour calmer le système nerveux du malade, vous ferez de la suggestion par l'exemple. Votre présence rassure le malade, vous resterez auprès de lui jusqu'à atténuation sensible du symptôme alarmant. Vous ne le quitterez que quand le crachat n'aura pas reparu rouge. Vous le réconforterez par ces paroles qu'un praticien a d'une façon réflexe sur les lèvres plusieurs fois par jour « ce n'est pas toujours un signe défavorable, parfois cela se répète, etc. » Puis avec insistance, vous faites coucher l'hémoptoïque, la tête élevée et dans une position commode pour expectorer et respirer, vous lui demandez l'immobilité, le silence, le réduisant à la mimique du visage ; et vous défendez toute visite, tout travail intellectuel.

Avant de calmer la toux, qui amène l'expectoration sanglante si inquiétante pour le sujet, distinguez les cas. Si elle n'est pas trop fréquente, elle est utile en ce sens qu'elle prévient l'ensemencement ultérieur du poumon par le sang épanché ; vous recommanderez dans ce cas au patient de ne pas retenir sa toux. Si, au contraire, elle est excessive, fréquente, intervenez et injectez un demi-centigramme de morphine ; cette faible dose suffit pour calmer la toux durant plusieurs heures.

Il faut aussi décongestionner le poumon. La toux, rare et suivie d'expectoration, y contribue naturellement en débarrassant les bronches du sang exsudé

qui, par sa présence, entrave la circulation pulmonaire ; mais d'autres moyens doivent être mis en usage ; la révulsion et la dérivation vous seront d'un grand secours ; promenez et renouvelez les sinapismes au niveau du point induré, appliquez en avant et en arrière sur la poitrine des ventouses, installez à demeure un sachet de glace sur le sommet congestionné. Voilà pour la révulsion immédiate. Quant à la dérivation un purgatif drastique, une pilule d'Anderson, une pilule de scammonée sera donnée le jour même.

Jaccoud préconise la saignée contre la fièvre qui accompagne l'hémoptysie. Malgré toute l'autorité du Maître, je ne partage pas son avis : une tuberculose pulmonaire, même au début, a déjà compromis l'état général, et la saignée, en privant l'individu d'une partie de son sang, augmente l'une des suites de l'hémoptysie, l'anémie ; c'est pourquoi je préfère avoir recours au sulfate de quinine (0 gr. 50 à 1 gr. dans la journée) et mieux à l'antipyrine ou à l'acide salicylique, l'un et l'autre en cachets d'un gramme ; ce sont, vous le savez, les meilleurs abaisseurs de la fièvre tuberculeuse ; il ne faillissent pas dans ces cas à leur réputation bien établie.

Ces **décisions** que vous venez de prendre, il est opportun, vous le concevez, de les appliquer immédiatement. Suggestion au calme, recommandations de repos, de tousser librement, dans le cas contraire injection de morphine, révulsion et dérivation, administration d'un antithermique, vous avez trouvé le temps de tout faire, de tout ordonner avant votre départ. C'est la thérapeutique active que nécessite le cas.

D'autres décisions viendront à une seconde visite ; l'hémoptysie aura cessé, mais elle reste menaçante : pour continuer la révulsion, les pointes de feu, les ventouses scarifiées seront nécessaires les jours suivants. Mais des décisions que vous aurez prises tout d'abord, de l'insistance que vous mettez à les faire appliquer à la lettre dépend la durée de l'hémoptysie, retenez-le bien.

A côté du savoir, Messieurs, en médecine il y a le savoir-faire, et celui-ci tient malheureusement dans nos préoccupations au lit du malade plus de place qu'il ne convient. Le public, surtout le public éclairé, est tyrannique dans le choix de certains médicaments. Aussi vous n'aurez garde, si vous tenez à la considération de vos clients, d'oublier de prescrire l'ergotine. L'ergotine est d'une utilité très discutable, mais elle est trop connue du public pour ne pas s'en servir, en limitant toutefois le mal qu'elle peut faire dans le cas d hémoptysie. Son action est heureusement fugace. heureusement aussi les éléments contractiles sont trop peu abondants dans les vaisseaux pulmonaires pour seconder, jusqu'à en devenir dangereuse, la vaso-constriction qu'elle provoque et qui, dans ce cas de congestion perituberculeuse, l'entretient, au lieu de la combattre. Vous la donnerez néanmoins, mais sans confiance, avec défiance même, puisqu'on voudrait mal de mort si vous ne le faisiez pas ; injectez de la solution Yvon (extrait glycériné) un centimètre cube, de l'ergotinine Tanret, trois gouttes sous la peau, ou formulez la potion suivante à prendre par cuillerées à bouche, d'heure en heure.

Extrait de ratanhia	2 gr.
Ergotine.	2 gr.
Infusion de roses de Provins. . .	120 gr.
Julep gommeux	30 gr.

ou les pilules suivantes dont quatre seront à prendre par jour :

Ergot de seigle	āā 0 gr. 10
Digitale	
Sulfate de quinine	

Je vous répète, Messieurs, que cette partie de votre prescription est d'une utilité contestable : et que si l'occasion se présente de la supprimer, votre devoir est de le faire. *Primùm non nocere,* dit un adage médical que l'on n'a pas assez souvent présent à l'esprit.

Vous subirez aussi, d'autre part, les propositions qui vous seront faites et vous ne leur accorderez pas plus d'efficacité qu'il ne convient, en ce qui concerne les eaux hémostatiques, telles que l'eau de Pagliari (benjoin et alun), l'eau de Goulard (acétate de plomb et vulnéraire), l'eau de Tisserand (sang-dragon et térébenthine), l'eau de Rabel (acide sulfovinique dilué). Accueillez et introduisez sans sourciller ces vénérables drogues, inoffensives mais réputées, dans la potion qui doit occuper les instants de la garde-malade, et ne leur attribuez aucun des résultats que vous aurez obtenus. Ne sortez pas non plus sans recommander de prendre froids, glacés, les liquides qu'absorbera le malade ; l'usage le veut ainsi. Il n'y a pas de contre-indications dans ce cas, mais je vous dirai plus tard que ce moyen est antiphysiologique.

L'hémoptysie jugulée, il ne faut pas, Messieurs,

précipiter le rétablissement de votre malade, c'est chose dangereuse que de le remonter trop vite ; j'en vois des exemples quotidiennement. Ce faisant, vous relevez la tension sanguine et vous préparez une congestion nouvelle, d'autant plus facile que les effets de la précédente ont à peine disparu ; combattez donc le régime trop hâtivement substantiel que réclamera le malade et qu'on réclamera pour lui. Préférez-lui un régime progressivement doux. Et enfin n'ignorez pas qu'un traitement médicamenteux, constitué par l'arsenic, la créosote et autres congestifs, suivant de trop près la cessation de l'hémoptysie, aurait les mêmes effets. A ce prix vous éviterez une rechute rapide.

Second cas. — Il s'agit d'un tuberculeux encore à la première période de sa maladie, d'un congestif qui a déjà eu plusieurs hémoptysies ; telle des causes que j'ai énumérées a provoqué la pneumorrhagie ; la quantité de sang expectorée en quelques secousses de toux est abondante, deux ou trois tasses, peut-être moins, car l'exagération est la règle dans la bouche de tout le monde, même des initiés en pareil cas. Mais l'apyrexie est complète ; avant l'accident et depuis le début, pas de fièvre. Cependant, bien qu'il soit récidiviste de l'hémoptysie, le malade est anxieux ; il a la face congestionnée, le pouls faible, la poitrine encombrée de râles, la toux fréquente et quinteuse ; enfin il y a eu une syncope, ou bien se mettre sur son séant développe des menaces de syncope. Les *informations cliniques*, vous le voyez bien, sont celles du premier cas, amplifiées, la fièvre en moins, la syncope en plus.

La pathogénie diffère cependant : l'hémoptysie est ici un accident, elle est due à une effraction vasculaire, par laquelle, si on ne favorise pas la formation d'un caillot obturateur, le sang continuera à s'épancher dans le poumon. Mais il ne peut vous échapper qu'à la suite de cet accident premier, la congestion va s'installer impétueuse : il y a déjà tendance marquée. Aussi les *indications pathogéniques* restent au fond les mêmes que dans le premier cas ; aussi la principale indication sera-t-elle toujours, tout en tolérant la tentative de fermer la porte de sortie du sang, de diminuer la tension pulmonaire chroniquement augmentée par l'oblitération des vaisseaux et que la cause efficiente de l'hémoptysie vient encore d'accroître ; la seconde indication sera de prévenir ou de combattre la syncope, les autres étant accessoires.

Les *moyens* à mettre en œuvre seront ceux que la physiologie nous enseigne comme abaissant la tension artérielle, aussi bien ceux que je vous ai déjà appris à connaître que d'autres qui dans le même but agissent plus vigoureusement encore.

Que votre présence prolongée réconforte le malade. Au milieu du désarroi général ne perdez pas de vue le but que vous poursuivez, ne commettez pas de faute. Malgré les menaces de syncope, laissez le malade, tête haute et jambes pendantes, injectez immédiatement sous la peau un centimètre cube de la solution :

Chlorhydrate de morphine. .	10 centigr.
Sulfate d'atropine	1 centigr.
Eau distillée	10 grammes.

et aussi un centimètre cube d'ergotine Yvon. Le résultat réel, quasi immédiat, de cette association médicamenteuse, est d'abaisser la pression dans la petite circulation et d'amener aussi une vaso-dilatation du tégument cutané. Mais vous remarquez sans doute, Messieurs, que ce qui était détestable dans le premier cas devient utile dans ce second cas. C'est que durant la demi-heure que dure la vaso-constriction due à l'ergotine, un caillot a des chances de se former au niveau du vaisseau rompu, qu'un courant sanguin ralenti ensuite du fait de la dilatation ultérieure entretenue par la morphine ne viendra plus battre et détacher facilement ; cette tentative pour s'opposer à l'issue du sang mérite d'être essayée et fait aussi que l'on passe sur l'inconstance du moyen. En même temps que cet effet sur la tension sanguine pulmonaire si favorable pour le ralentissement du sang et la formation d'un caillot, je vous signale qu'ainsi, du même coup, vous calmez la toux, vous diminuez les réflexes médullaires, vous endormez l'intelligence, vous supprimez les efforts de défécation s'il s'en présentait ; cela ne va pas sans une légère constipation, qu'il est facile de combattre plus tard, quand le danger a disparu. Trois injections semblables de morphine dans la journée si besoin est, entretiennent cet état de calme et d'hypotension artérielle profonde.

Ne négligez pas, d'autre part, la révulsion, car la fluxion subséquente est menaçante ; autant pour l'éviter que pour favoriser le moyen précédent, appliquez de la glace sur la région cardiaque, sur la nuque, la colonne vertébrale ; mettez un sachet de glace aux organes génitaux, comme le recommande Gros, pulvérisez de l'éther sur la poitrine.

Mais voici une syncope qui se produit sous vos yeux. Aussitôt, dans un verre d'eau vous jetez une poi-

gnée de sel de cuisine et vous essayez de faire avaler le tout au patient, ou bien c'est une cuillerée de vinaigre, que vous réussissez à faire ingurgiter ; l'effet est instantané, le malade reprend aussitôt ses sens. A ces moyens tout vulgaires vous pouvez en substituer d'autres en prévision de lipothymie : appliquer, par exemple, sur la peau recouverte d'une serviette, une compresse imbibée de quelques cuillerées de chloroforme, ou administrer un lavement d'un ou deux grammes de chloral, comme le veut Pal. Il y a enfin la ligature des membres, comme la pratique Huguenin, et dont je vous parlerai dans un instant, qui tend au même but.

Vous avez ainsi paré à tout ce qui menaçait. L'opportunité des *décisions* a, vous le voyez, dans ce cas, une grande importance ; vos interventions doivent être immédiates, réflexes pourrait-on dire ; car ici, pour avoir recours à tel ou tel moyen, plus est l'abondance de l'hémorrhagie que sa cause dernière.

Troisième cas. — Voici un tuberculeux, à la première période. Messieurs, il y a quelques jours, une hémoptysie abondante est survenue qui céda dès le premier jour à une injection de morphine et d'atropine ; mais elle vient de se reproduire et de plus elle est fébrile. La toux, si utile quand elle n'est pas excessive, pour désobstruer le poumon, ayant cessé complètement, le sang a stagné, diminué le champ de l'hématose, provoqué une nouvelle congestion périturberculeuse. C'est en présence de cette congestion périturberculeuse accompagnée de fièvre, toux, que nous nous trouvons. L'organisme est affaibli par l'hémoptysie d'hier, l'expectoration sanguine reprend, alimentée par la congestion, peut-être aussi par la veine ulcérée dont le caillot ne résiste pas au flot qui le bat, aux secousses qui ébranlent le poumon.

Comme *indications* tirées de la pathogénie nous avons toujours en première ligne à décongestionner le poumon et aussi à déterminer la formation d'un caillot sanguin ; mais les moyens que la physiologie met à notre disposition doivent être encore plus actifs, si possible, que dans le cas précédent.

Trousseau a consacré dans ses cliniques une page admirable à l'emploi des vomitifs contre l'hémoptysie, où il montre combien étrange, paradoxale même, est cette thérapeutique, dont les effets sont cependant si efficaces. Ce que n'expliquait pas Trousseau, la physiologie nous en a livré le secret : un état nauséeux, Pécholier, Grasset et Amblard l'ont montré, a une réaction réflexe sur le cœur et la circulation pulmonaire, dont il abaisse la tension. Il y a un siècle on donnait déjà l'ipéca dans les hémoptysies ; Baglivi, Stoll donnaient en une heure environ de trois à quatre grammes d'ipéca, à raison de 50 centigr. toutes les dix minutes, sans s'inquiéter de la lipothymie qu'ils provoquaient, la recherchant même ; c'est cette même manière que suivait également Trousseau avec succès. Jaccoud l'emploie, lui aussi, mais au lieu de tendre à la lipothémie, il a pour but de provoquer un état nauséeux prolongé : pour cela il donne tous les quarts d'heure dix centigrammes d'ipéca dans une cuillerée d'eau tiède et, arrivé à un léger état nauséeux, il s'efforce de l'entretenir très longtemps. Par ce moyen on voit l'hémoptysie s'arrêter très vite, parfois dès la seconde prise d'ipéca.

Je vous conseille de vous en tenir, dans le cas qui nous occupe, à la méthode de Jaccoud, qui demande de la surveillance, mais qui n'a pas la brutale efficacité des anciens procédés. Quelquefois, pour ne pas parler d'ipéca, tout en y ayant recours, vous pourrez prescrire la poudre de Dower (ipéca, opium, sulfate de potasse) ; mais souvenez-vous que, pour agir comme Jaccoud, c'est par prises de 0 gr. 25 à quinze minutes d'intervalle l'une de l'autre que vous procéderez, que le résultat surviendra un peu plus lentement et que la sudation obtenue sera très gênante pour le malade. Le tartre stibié a été employé dans le même but, mais il est plus difficile à manier que l'ipéca. Peter faisait dissoudre 20 à 30 centigrammes de tartre stibié dans un julep et il en donnait une cuillerée toutes les deux heures, pendant deux jours. Un grave inconvénient de cette préparation était de provoquer parfois une diarrhée abondante. Notez que le kermès pourrait également être ordonné avec efficacité à raison de 50 à 60 centigrammes dans la journée dans un julep de 90 grammes. Sous l'influence de ces médicaments, comme je vous l'ai expliqué, des réactions vasomotrice, stomacales se produisent, qui, réfléchies sur la petite circulation, abaissent la tension, mais aussi mènent au collapsus cardiaque ; à prolonger deux jours l'état nauséeux, il faut prévoir le collapsus.

La syncope n'est pas pour vous effrayer, Messieurs, vous savez la combattre, vous l'avez prévue et l'entourage du malade sait en votre absence ce qu'il doit faire. La syncope du reste favorise la formation du caillot, et se trouve être parfois un bien. Néanmoins, à se répéter coup sur coup, elle alarme et trahit le collapsus

cardiaque. C'est alors que le moyen si efficace d'HUGUENIN, la ligature des quatre membres, doit être mise en œuvre. Avec des mouchoirs, des bandes de caoutchouc comme on en possède dans certains hôpitaux mieux outillés que le nôtre, vous placez une ligature le plus près possible de la racine de chaque membre. Vous la tenez serrée fortement ; au bout de dix à trente minutes, quand la circulation et la respiration ont repris, vous rendez lentement et graduellement un membre à la circulation, puis c'est le tour d'un second que vous déliez avec les mêmes précautions ; puis le troisième et enfin le quatrième membre sont déligaturés.

Dans ce troisième cas, votre intervention, Messieurs, sera tout aussi efficace que dans les deux autres avec les moyens que je vous ai signalés, mais vous pressentez que ce sera l'affaire de quelques jours, durant lesquels vous devrez suivre votre malade de près. Excepté quand vous devrez faire la ligature des membres, ce ne seront pas des *décisions* immédiates à prendre, mais plutôt une surveillance à exercer. Vous changez un peu dans la rapidité d'exécution, mais non dans l'opportunité, qui doit toujours vous guider.

Encore un mot, Messieurs, avant que nous passions à l'étude des hémorrhagies de la seconde période ; sachez bien que dans les hémoptysies de la première période de la tuberculose, quelque abondantes, répétées et alarmantes qu'elles soient, il est rare qu'on n'en vienne pas à bout. Cette notion, tout en vous donnant confiance en vous-même, vous rendra sceptique vis-à-vis de médicaments anti-hémoptoïques, que leur seule nouveauté parfois incite à trouver efficaces.

Maintenant, Messieurs, nous prendrons nos exemples d'hémoptysie dans la seconde période de la tuberculose. Ces hémoptysies, j'ai eu soin de vous le dire, sont d'ordinaire peu abondantes, mais les unes sont fébriles, les autres apyrétiques. Successivement je vous proposerai un traitement pour les paraphymiques et pour les périphymiques.

QUATRIÈME CAS. — Voici un tuberculeux à la période de ramollissement ; il en a tous les symptômes : névralgies intercostales, amaigrissement, toux, crachats muco-purulents, etc., tous les signes : craquements humides en foyer, souffle, etc. De temps à autre, sans qu'il en recherche la cause, et sans que vous la découvriez facilement vous-même, quelques filets de sang strient sa salive, ses crachats ont une teinte uniforme rosée ou franchement rouge. Pas de fièvre du reste, pas de toux plus fréquente, à peine un peu plus de sensation de plénitude dans la poitrine. Le sujet craint néanmoins l'apparition d'une hémorrhagie plus abondante.

En présence de cette hémoptysie si légère et apyrétique du reste, vous établissez la pathogénie suivante : consécutivement à la chute de petites escharres dans les cavernules, de petites ulcérations de capillaires ou de veinules se sont produites qui donnent du sang. Dérivant de cette pathogénie, les *indications* sont d'oblitérer ces petites ulcérations par la formation d'un coagulum sanguin. Quels *moyens* employer ? Le cas est celui où tout peut être employé et où tout doit réussir, parce que la lésion guérirait spontanément.

Les astringents font merveille en particulier : le tannin à raison de deux grammes, en pilules de 10 centigrammes par vingt-quatre heures, le cachou, l'extrait de ratanhia, l'infusion d'écorces de chêne parmi les tanniques, l'alun à raison d'un gramme, en pilules de dix centigrammes corsées d'un centigramme d'opium, par jour, l'acétate de plomb sous la même forme et à la dose de vingt centigrammes pro die, la teinture de géranium maculatum parmi les astringents proprement dits. Leur mode d'action est du reste inconnu en dehors de la sensation de resserrement qu'ils procurent sur la muqueuse ; mais leurs vertus hémostatiques passent pour assises, de même que celles de la térébenthine et de ses dérivés, que vous donnerez en capsules, en pilules à la dose de deux à trois grammes par jour. Vous reconnaissez parmi ces drogues, la plupart de celles que je vous ai conseillé de ne pas refuser à la demande du malade ou des assistants. Vous aurez, dans ce cas, encore moins de raison de les refuser, mais vous continuerez à être sceptiques à l'égard de leur action. Comme viatique dans ces cas, voici deux formules d'astringents hémostatiques qui répondront, l'une ou l'autre, en les variant au besoin à tous les désirs, partant à toutes les indications sérieuses de ce quatrième cas d'hémoptysies.

Ergotine.	2 gr.
Acide gallique	0 gr. 50
Sirop de térébenthine.	120 gr.

à prendre par cuillerées à bouche dans le courant de la journée.

Extrait de ratanhia	. . . . .	2 gr.
Sirop de cachou	. . . . . .	30 gr.
Alun.	. . . .	0 gr. 50
Infusion de roses de Provins	. .	160 gr.
Essence de géranium	. . . . .	10 gouttes

prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures, cinq à six par jour.

D'une efficacité bien plus certaine sera la révulsion légère que vous pourrez faire avec des sinapismes, des ventouses sèches, quelques placards de pointes de feu. Bien plus utiles aussi vous serez à votre malade si vous rejetez le traitement ferrugineux, que la crainte de l'anémie inspire à tout tuberculeux à cette période, si vous éloignez de vos prescriptions toute préparation de digitale, en un mot toute médication augmentant la tension dans la circulation pulmonaire.

Dans ce cas, en résumé, il s'agit d'une hémoptysie insignifiante, à peine digne du nom d'hémoptysie, que si vous n'aviez pas la main forcée vous contempleriez sans intervenir, dans l'expectation armée comme on l'a dit pour nombre d'autres affections, sûr au moins de ne pas nuire en ne droguant pas.

Cinquième cas. — Mais nous voici en présence, Messieurs, d'un tuberculeux dont la phtisie a le même âge, les mêmes caractères anatomiques que le sujet précédent. Il n'en diffère que par ceci, que son hémoptysie un peu moins insignifiante toutefois, dure, se prolonge, est subcontinue, que l'expectoration est mousseuse, légèrement sanguinolente seulement ; on la croit tarie un jour, elle renaît le lendemain et ainsi pendant quinze jours, vingt jours, cinq semaines. Ce n'est pas l'abondance, c'est sa durée qui en fait le danger.

Mais des *informations cliniques* complètes vous aideront à découvrir la pathogénie de cette hémoptysie rebelle. L'un de ces tuberculeux est très probablement atteint d'une constipation opiniâtre, qui, par réflexe, provoque et entretient l'exagération de la tension vasculaire dans la petite circulation, comme Potain l'admet pour nombre de cardiopathies droites en rapport avec la dyspepsie. Chez ce second tuberculeux hémoptoïque à la façon que nous étudions, vous trouverez en cherchant bien un pneumothorax partiel, passé inaperçu, qui diminue le champ respiratoire et, augmentant la tension, excite à l'hémorrhagie. Dans un troisième cas, ce sera chez cette femme une grossesse avancée, ou tout au moins certaine, qui entretiendra, par un mécanisme analogue à celui que j'invoque, le crachement du sang.

Les *indications* qui résultent de cette pathogénie de l'hémoptysie sont nettes : rendre à la petite circulation son tonus normal par la déplétion des cavités, qui, par réflexe ou par contact, l'exagèrent jusqu'à l'exsudation ou l'effraction vasculaire. Les moyens diffèrent suivant les cas : entretenir le ventre libre chez le premier, ponctionner aseptiquement la plèvre du second, pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré chez la troisième seront la sagesse thérapeutique. La cause éloignée ainsi reconnue, vous ne tarderez pas à la traiter, mais pour le dernier exemple, il y a pour l'exécution des *décisions* une certaine opportunité que les accoucheurs ont à plusieurs reprises longuement débattue et au sujet de laquelle je vous renvoie aux savants et judicieux conseils de mon collègue le professeur Gaulard. L'hémoptysie ne doit cependant pas être négligée, la morphine atropinisée et une révulsion à demeure, sous forme de vésicatoire, comme le conseille Jaccoud, ou de ventouses sèches journellement appliquées en feront tous les frais.

Sixième cas. — Le malade est toujours dans la deuxième période de la tuberculose. Ce malade, amaigri, suant la nuit, toussant et crachant de plus en plus depuis des mois, s'est mis à cracher du sang en médiocre abondance ; il a de la fièvre, pas cependant cette fièvre hectique que vous connaissez, mais la fièvre subcontinue, indiquant l'extension du processus morbide.

Comme pour le second cas la pathogénie se comprend par la congestion péritubercüleuse, avec cette information clinique en plus que l'état général est bien moins résistant, que généralement l'espace ramolli, bordé d'une zone indurée, inutilise une plus grande partie du poumon et attire autour du bloc une congestion plus tenace. Les *indications* sont les mêmes donc que pour le second cas, mais les moyens sont plus limités, la résistance étant moindre.

Il vous faudra agir avec grande prudence, néanmoins toujours songer à la morphine atropinisée, à la révulsion cutanée prolongée par le froid ou les pointes de feu. Si vous pouvez peu, évitez cependant de tomber dans une erreur très commune ; faire boire très froid ou sucer de la glace. C'est là, d'après Ecklund, une pratique pernicieuse : par l'ingestion d'eau froide, de façon continue, vous taquinez d'abord, puis irritez les terminaisons nerveuses du pneumo-gastrique dans l'estomac ; le vague réfléchit cette irritation en déter-

minant une contraction des vaisseaux qui augmente l'afflux sanguin vers le poumon. Pour ne pas aboutir à ce résultat fâcheux, abstenez-vous donc de glacer les boissons de l'hémoptoïque ; mieux valent pour lui les boissons tièdes et légèrement mucilagineuses et sucrées ; ce faisant, vous agirez au mieux de ses intérêts.

Septième cas. — Nous voici arrivés, Messieurs, à la période ultime de la tuberculose pulmonaire. Parfois, au cours de cette cachexie, de terribles hémoptysies se montrent. Un de ces petits anévrysmes qui se sont développés sur les parois des cavernes se rompt : un flot de sang jaillit qui inonde la caverne, le poumon, suspend momentanément la respiration et est rejeté par la bouche, parfois par le nez et plonge immédiatement le tuberculeux en syncope ; cette syncope favorable à la formation immédiate d'un caillot dans la caverne et sur les bords de l'anévrysme ne se produit pas toujours, mais toujours la quantité de sang sorti des vaisseaux est telle que la tension sanguine est diminué et que les conditions sont propices pour la formation du caillot. Quelques jours encore après l'accident, si la syncope n'a pas été mortelle, le suintement du sang continue et teinte l'expectoration en rouge et en noir ; l'anémie posthémorrhagique est considérable, on le pressent, et rend le pronostic fâcheux.

Cette hémoptysie est un accident dont la pathogénie est simple : ouverture d'un vaisseau sanguin ; faciliter la formation d'un caillot, et une fois formé l'empêcher de se détacher, ultérieurement refaire la masse sanguine, voilà les *indications*. Pour répondre à ces indications, la thérapeutique vous offre des ressources très minimes. La coagulation du sang dans le sac anévrysmal sera survenue avant votre arrivée,au cours de la syncope Ce qui vous restera à faire, ce sera de veiller à ce qu'un effort de toux,un mouvement intempestif ne mobilise pas ce caillot.

Aussi le repos absolu sera recommandé ; vous ferez mieux, vous l'obtiendrez d'autorité et d'urgence en donnant de l'opium jusqu'à narcotisme : morphine en injection, deux centigrammes d'emblée, que vous répéterez plusieurs heures après ; extrait thébaïque 0,03 à 0,05 d'abord, puis 0,01 toutes les deux heures en potion, en pilules à votre choix. Vous êtes certain ainsi d'empêcher la toux, d'amener le calme ; vous amenez en outre la vaso-dilatation périphérique et la diminution de la tension artérielle.

Faites aussi la ligature des quatre membres à leur racine ; mais surtout, et ici avec plus de sévérité qu'ailleurs, pas d'ergotine, d'hydrastis, de vaso-constricteurs ; pas de digitale non plus, le cœur n'étant que trop renforcé pour le travail qu'il a à faire ; pas davantage de vomitifs, comme on serait tenté de le faire en appliquant à ce cas la méthode de Trousseau, le caillot ne tiendrait pas devant les efforts de vomissements et le flot de sang jaillirait à nouveau.

En résumé, Messieurs, chacun des types d'hémoptysie que je vous ai présenté a, peut-on dire, son traitement particulier. Il est cependant une décision importante à prendre et commune à tous les cas, je dois vous la communiquer pour vous éviter des mécomptes : ne jamais cesser le traitement aussitôt la fin de l'hémoptysie. Continuez au moins trois jours après, suivez la dégradation de la couleur des crachats et ne considérez votre rôle comme fini pour cette alerte que quand le rose a disparu de l'expectoration depuis une ou plusieurs fois vingt-quatre heures.

Votre devoir vous oblige encore, Messieurs, à des conseils pour prévenir dans l'avenir ce que votre thérapeutique active a heureusement combattu. Le malade doit être informé des récidives et des causes qui risquent de faire naître les hémoptysies futures, vous le mettrez en garde contre toutes ces causes que je vous ai signalées au début de ces leçons ; vous les énumérerez aussi souvent que possible, parfois sans réussir à les prévoir toutes, et aussi sans réussir à ce que vos recommandations ne soient pas démenties par le mal.

Enfin, Messieurs, chez un tuberculeux à hémoptysies de vous connues, il est des médications que vous éviterez de prescrire ; les effets des médicaments congestifs, tels que la créosote, l'arsenic, les sulfureux, si nécessité il y a eu de les prescrire, seront surveillés de près pour que, par eux, vous ne deveniez pas vous-mêmes les artisans d'une nouvelle hémoptysie.

VARIÉTÉS

La clientèle dans le Sud-Africain

Le Dr Et. Saint-Hilaire a transmis au Syndicat des médecins de la Seine une lettre d'un de ses amis établi au Transvaal, qui contient des renseignements sur la situation médicale dans le Sud-Africain. De jeunes médecins célibataires, connaissant

l'anglais, pourraient aller s'établir soit à Lourenço-Marquez (Mozambique), soit au Transvaal, contrée qui, dans certains endroits, est malsaine, mais n'a pas de médecins sérieux.

Le prix des visites est fort élevé : 500 fr. pour six ou huit visites dans le mois. Deux médecins français sont attachés au sanatorium de Durban et priment, comme praticiens, tous les médecins d'autre nationalité.

Un médecin italien, mort récemment d'une fièvre pernicieuse, avait pu économiser 225,000 francs en cinq ans.

Le médecin de la Compagnie Transvaalienne du chemin de fer est logé et reçoit 1,500 francs par mois, et a, pour visiter sa clientèle, les parcours gratuits, avantage précieux dans un pays où le coût du transport est de 5 francs pour 3 kilomètres.

Au Mozambique, et en particulier à Lourenço-Marquez, où l'on parle français, anglais et portugais, il n'y a que des médecins portugais, qui sont tous syndiqués et prennent des honoraires fort élevés. Une fabrique verse 250 francs par mois au Syndicat pour deux visites qui ne sont pas toujours faites régulièrement.

« De jeunes médecins très sérieux, dit en terminant l'auteur de la lettre, ne craignant pas de s'expatrier, de braver l'isolement de ces pays sauvages et les fièvres à l'état permanent, parlant anglais, auraient, j'en suis moralement convaincu, de grandes chances de réussite ».

Avis aux amateurs, qui n'ont qu'à s'adresser au Dr Et. SAINT-HILAIRE, 11, avenue de l'Opéra. Notre confrère les mettra en rapport avec son ami du Transvaal.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Corps de santé militaire

M. ALLEAU, médecin-major de 1re classe, médecin-chef à l'hôpital militaire de Maubeuge, est désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vannes.

M. WOIRHAYE, médecin-major de 1re classe au 90e d'infanterie, est désigné pour l'emploi de médecin-chef à l'hôpital militaire de Maubeuge.

M. DE LAUWEREYNS DE ROSENDAËLE, médecin aide-major de 1re classe au 15e régiment de chasseurs à cheval, est désigné pour le 19e régiment de même arme.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BONNSDORFF, ancien professeur d'anatomie, à Helsingfors ; ALAMARTINE, de Thizy ; REYMOND, de Saint-Priest ; THOUMAS, Léonard, du Dorat (Haute-Vienne) ; NUMA-LARCHE ; COUTURIER, de Vienne ; G. NOIR, de Chantelle ; PETIT, de la Ménitré, noyé accidentellement dans la Loire ; E. MORELLE, médecin-major de 1re classe en retraite, chevalier de la Légion d'Honneur et de Grégoire-le-Grand, décoré des médailles d'Italie et de Mentana, décédé à Lille ; ESCOFFRE, médecin de la marine, aide-major aux tirailleurs malgaches.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

33e SEMAINE DU 14 AU 20 AOUT 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	16	22
3 mois à un an	19	27
1 an à 2 ans	5	2
2 à 5 ans	6	5
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	6	9
40 à 60 ans	11	7
60 à 80 ans	9	13
80 ans et au-dessus	1	2
Total	74	92

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	2	7	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	2	»	»	»	»	»	1	3	»	2	1	1	3	»	»	»	»	»	5	18	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	18	2	»	1	»	»	»	»	»	6	29	26
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	20	2	1	2	»	»	»	»	»	6	34	29
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	6	11	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	1	»	»	»	1	2	6	»	1	2	»	»	»	»	»	8	22	14
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	4	»	»	1	»	»	»	»	»	2	8	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	»	2	»	»	»	»	»	4	11	8
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	6	»	»	»	2	»	»	»	»	4	14	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	1	»	»	»	»	»	1	6	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	1	6	3
Total	»	4	»	»	1	»	»	6	8	4	75	5	3	13	2	»	»	»	»	45	166	134

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gerant, Th. CLERQUIN

N° 86. Deuxième Année, N° 36. Le Numéro : **10** centimes. 4 Septembre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*
Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Hygiène du pied et suintine, par M. **A. Berthier**, médecin-major de 1re classe, ancien répétiteur de l'École du service de santé militaire. — De l'Angiomyxôme des fosses nasales et de son traitement, par le docteur **H. Gaudier**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. — Éruption locale consécutive à l'application de teinture d'iode, par **E. Bertin**, externe des hôpitaux. — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie des sciences**, MM. REGNAULT et BIANCHI rapportent qu'à l'occasion de la course vélocipédique de soixante-douze heures, au Parc des Princes, ils ont examiné, au moyen du phonendoscope, les coureurs arrivés premier, deuxième et quatrième ; ils ont dessiné leurs organes avant la course, aussitôt après et dans les jours suivants. Les organes des coureurs ont beaucoup diminué, notamment la rate, le foie et l'estomac. Ces changements sont dus à l'alimentation insuffisante durant la course, aux pertes considérables des forces augmentées de la chaleur, du manque de sommeil et de l'émotion des coureurs. Les organes thoraciques, cœur et poumons, n'ont presque pas diminué, grâce à l'afflux de sang provoqué par le travail.

Les mouvements continuels des jambes et du bassin, jointes à l'attitude penchée en avant, ont élevé tous les organes abdominaux. Ceux-ci ont soulevé les organes thoraciques, poumon et cœur. Le foie, plus dense, relève davantage le poumon droit. L'extrémité pylorique de l'estomac est élevée ; cet organe prend la forme en besace qui lui permet de conserver longtemps les aliments. Ces déplacements sont manifestes; les organes abdominaux sont soulevés de deux à quatre centimètres, le cœur s'est rapproché du cou de deux à cinq centimètres. De là l'action thérapeutique de la bicyclette dans les ptoses, les pleurésies et dans la verticalité exagérée de l'estomac.

A l'**Académie de médecine**, M. BALLENGHIEN préconise le tubage en dehors des milieux hospitaliers. M. CADET DE GASSICOURT rappelle que cette opération, inventée par BOUCHUT, n'a été acceptée dans notre pays que lorsqu'elle nous est revenue d'Amérique vingt-trois ans après. Puis il a reconnu toute la valeur des objections faites au tubage dans la clientèle : facilité du détubage spontané, difficulté de remédier à l'obstruction, etc

A cela M. BALLENGHIEN répond que le tubage ne doit se faire que dans les familles où l'enfant est entouré de personnes intelligentes et de sang-froid ; de plus, si le détubage se produit, il n'y a pas asphyxie immédiate. On a donc le temps d'aller chercher le médecin et il n'y a pas d'accidents à redouter si celui-ci vient toutes les trois heures et indique où on pourra le trouver.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hygiène du pied et suintine

par M. **A. Berthier**, médecin-major de 1re classe,
ancien répétiteur de l'École du service de santé militaire

Le pied est l'organe essentiel du fantassin. Il a été souvent répété très justement que la force de l'infanterie est dans ses jambes. Des soldats disciplinés, bons marcheurs, sont des soldats d'élite ; et on peut compter sur une troupe composée d'hommes de cette valeur.

La pierre d'achoppement de l'infanterie, ce sont les lésions du pied provoquées par la marche. Ces lésions sont peu graves par elles-mêmes, puisqu'il suffit de quelques jours de repos pour obtenir leur guérison ; mais elles acquièrent une importance considérable par le grand nombre d'hommes atteints et mis hors de service. Au début d'une campagne les effectifs se trouveront de ce fait considérablement diminués, véritablement décimés.

Il a été estimé qu'après quelques jours de marche, 20 à 25 p. 100 des hommes d'un régiment d'infanterie sont excoriés et que 10 p. 100 ne peuvent plus suivre, ce qui donne 100.000 indisponibles pour un million d'hommes. Cette statistique déjà ancienne, due à Tourraine, a été faite sur des soldats qui avaient l'habitude des marches militaires, qui étaient accoutumés à la chaussure militaire. Ces chiffres doivent nous paraître excessifs, maintenant surtout que nos soldats sont pourvus du brodequin ; mais que deviendront-ils quand ils s'appliqueront à des réservistes, à des territoriaux qui ont perdu l'habitude de la marche et de la chaussure militaire, qui, sans entraînement préalable, devront marcher avec des chaussures neuves, plus ou moins bien ajustées à leur pied, car malheureusement on ne peut guère compter qu'en cas de mobilisation beaucoup apportent de bonnes chaussures, comme il leur est conseillé, chaussures dont le prix leur sera remboursé.

En 1870, l'armée allemande eut un nombre considérable d'hommes atteints de plaies aux pieds, surtout pendant les premières semaines de la campagne.

Ces lésions locales du pied provoquées par la marche sont d'ordres divers. Pour ne parler et très brièvement que des principales, ce sont les ampoules, les excoriations, l'hyperidrose plantaire, la périostite des métatarsiens.

L'ampoule est constituée, chacun le sait, par un soulèvement épidermique analogue à celui que produit une brûlure, un vésicatoire, et au-dessous duquel s'accumule de la sérosité. Le siège d'élection des ampoules est au talon et sous la plante du pied. Si l'épiderme est arraché, ce qu'il faut bien se garder de faire dans un but de traitement, le derme est mis à nu et devient le siège de douleurs très vives. L'hyperidrose prédispose aux ampoules.

Les excoriations ont surtout pour siège la région du tendon d'Achille, les malléoles, la face dorsale des orteils. En général, elles sont produites par les frottements de la chaussure, que celle-ci s'ajuste mal, ou que le cuir en soit trop dur. Pendant la marche, le pied se déplace légèrement dans la chaussure et il entre en collision avec les plis saillants du cuir. Si ces plis sont rigides, si le cuir est mal entretenu, la lutte est inégale : les téguments du pied, à moins qu'ils n'aient une endurance exceptionnelle, sont les plus faibles et s'excorient. Les plis très prononcés du quartier au-dessus du contrefort sont encore exagérés par le bord inférieur de la jambière en cuir qui appuie sur eux et les déprime. C'est la cause des blessures si fréquentes de la région du tendon d'Achille.

Que le pied soit atteint d'ampoules ou d'excoriations, la marche devient pénible, douloureuse. Au lieu du jeu musculaire régulier de la marche, ce sont des contractions anormales, de véritables contractures. Le soldat prend toutes sortes d'attitudes, immobilisant telle partie pour atténuer la douleur. Et il en résulte une dépense musculaire beaucoup plus grande, une fatigue considérable.

L'hyperidrose plantaire lèse la plante du pied et les orteils. L'épiderme plantaire macéré dans la sueur s'imbibe, se tuméfie, devient très sensible, douloureux ; c'est le *pied échauffé*.

Le liquide sudoral, pour pénétrer l'épiderme, est obligé de se frayer des voies à travers le ciment intercellulaire. L'épiderme plantaire perd ainsi de sa résistance. Joignez à cela les déplacements du pied dans la chaussure ; les frottements finissent par décoller les plans épidermiques et l'ampoule est produite.

C'est ainsi que l'hyperidrose, qui diminue la résistance de l'épiderme, prédispose aux ampoules et aux excoriations.

L'hyperidrose reconnaît des facteurs multiples, d'abord une prédisposition individuelle, puis les fati-

gues de la marche, souvent des chaussettes de laine trop épaisses. Si la chaussette de laine convient le mieux pour la marche, parce qu'elle ne fait pas de plis, parce qu'elle se moule bien sur le pied, parce qu'elle absorbe la sueur, cependant trop épaisse elle ne vaut rien pour les hommes prédisposés à l'hyperidrose, parce qu'elle échauffe le pied outre mesure pendant la marche et provoque des sueurs excessives qui macèrent l'épiderme plantaire. La jambière de cuir emprisonne le bas de la jambe et aggrave encore les effets de l'hyperidrose en empêchant la ventilation de la jambe et du pied qui mériterait cependant d'être respectée, cette ventilation assurant l'évaporation, le départ de la sueur, agent nocif. Faites pendant une marche enlever la jambière aux hommes dont les pieds sont échauffés et ils accusent aussitôt une sensation de bien-être local qui leur donne une vigueur nouvelle.

La périostite des métatarsiens est une affection très douloureuse du pied et très rebelle, qui dure des semaines et qui est sujette aux récidives. La face dorsale du pied se tuméfie, s'œdématie, devient très douloureuse au toucher. La lésion siège généralement le long du deuxième et du troisième métatarsien et le plus souvent est localisée dans leur moitié antérieure, au voisinage des phalanges. Les hommes boitent fortement et finissent par ne plus pouvoir marcher, tant est vive la douleur.

La nature de l'*œdème douloureux du pied* est certainement diverse et a reçu plusieurs dénominations suivant l'opinion que les auteurs se sont faite de son substratum anatomique (1). Récemment au congrès de Madrid, un médecin militaire allemand a rapporté que dans quelques cas de cet œdème douloureux, il a pu constater par la radiographie l'existence d'une fracture d'un métatarsien. J'ai observé un certain nombre de cas d'œdème douloureux provoqués par la marche ; ils m'ont généralement paru être en rapport manifeste avec une périostite des métatarsiens, causée par la chaussure, comme l'admet Pauzat. Pendant la marche les plis de l'empeigne s'accentuent, surtout lorsque la semelle n'a pas une épaisseur suffisante. Si le cuir est mal entretenu, ces plis sont rigides, durs comme du bois ; la face dorsale du pied, en se déplaçant, frotte contre ces plis et le périoste des métatarsiens, qui est très superficiel, s'enflamme dans la zone ainsi irritée.

Ces lésions sont si minimes et en apparence si insignifiantes, lorsqu'on les considère individuellement, que beaucoup dédaignent de s'en préoccuper. Cependant, si on les considère dans leur groupement, combien grande est leur importance par le nombre des hommes atteints et momentanément perdus pour l'armée. Ces lésions du pied qui se produisent suivant une certaine proportionnalité calculée, prévue, que l'on attend comme quelque chose de fatal; d'inéluctable, ces lésions sont des affections évitables. Nous avons le pouvoir de les faire disparaître et ainsi de maintenir nos effectifs en état d'intégrité.

L'entraînement à la marche est d'une importance considérable. Il donne surtout de la vitesse et de l'endurance aux fatigues. Mais l'entraînement à lui seul n'est pas tout, n'est pas suffisant. Un entraînement bien compris, pour aboutir à un bon résultat, doit comporter encore de bonnes chaussures et un bon entretien du pied. D'ailleurs l'homme qui marche beaucoup et qui marche bien, prend instinctivement soin de l'un ou de l'autre, comme un bon cavalier prend un soin minutieux de son cheval.

Ce bon entretien du pied et de la chaussure, on peut l'obtenir par l'emploi de la graisse suintine.

La suintine est produite industriellement dans quelques-uns de nos grands établissements de peignage du Nord, à Roubaix, à Tourcoing, à Croix, par le lavage des toisons de mouton.

La peau du mouton, comme la nôtre, possède deux espèces de glandes, les glandes de la sueur et les glandes de la matière grasse. La sueur du mouton tient en dissolution des sels de potasse ; la nôtre tient en dissolution des sels de soude. La matière grasse sébacée, analogue à celle qui lubréfie la surface de notre peau, recouvre les filaments de laine d'un enduit poisseux qui tient engluées toutes sortes de substances étrangères, de poussières qui se sont fixées sur la toison.

Le lavage industriel de la laine comprend deux opérations, d'abord un lavage à l'eau pure qui enlève tout le suint soluble, provenant de la sueur. C'est le *désuintage*. On fait ensuite un lavage à l'eau de savon qui débarrasse la laine de la matière grasse. C'est le *dégraissage*.

Le procédé de dégraissage varie d'une usine à l'autre ; il a pour nous une grande importance parce

(1) Voir Nimier. — Note sur le pied forcé, revue générale (*Arch. méd. M^re 1898*).

qu'il met en œuvre des procédés chimiques susceptibles de modifier les qualités de la suintine. A l'usine Motte, de Roubaix, on emploie une méthode qui conserve le mieux à la graisse ses qualités naturelles organoleptiques. Des différents échantillons de suintine que j'ai pu expérimenter, c'est celui de cette usine qui m'a paru fournir les meilleurs résultats. Dans d'autres établissements on extrait de cette suintine diverses substances, de la cire, de la lanoline, etc.; et la suintine se trouve ainsi dépouillée d'une partie de sa valeur.

La suintine dont j'ai proposé l'emploi et qui est actuellement mise à l'essai dans des régiments et dans des magasins de l'Intendance provient de l'usine Motte. La production annuelle de cet établissement est d'environ 800.000 kilogr. de suintine.

La suintine est d'aspect brunâtre, de consistance ferme ; elle est légèrement molle pendant la saison chaude. Sa fusion complète n'est atteinte qu'à un degré assez élevé. Son point de fusion est difficile à préciser parce que les graisses qui entrent dans sa composition ont des points de fusion très différents.

La composition chimique est très complexe. C'est une graisse neutre. Elle est principalement composée d'acides gras combinés à de la cholestérine, à de l'isocholestérine, à des alcools de la série grasse, parmi lesquels l'alcool cérylique. Elle contient une cire tout-à-fait analogue à la cire d'abeille dans la proportion de 20 à 25 pour 100. C'est à cette cire qu'elle doit ses qualités imperméabilisantes. Elle contient en forte proportion une substance complexe, appelée lanoline, qui est utilisée en pharmacie depuis quelques années à cause de son pouvoir d'absorption par la peau. Cette propriété lui est particulière et aucune autre graisse ne la possède à un point approchant ; aussi les médecins l'emploient quand ils veulent faire absorber des médicaments par la peau.

La suintine, qui est de la lanoline impure, jouit du même pouvoir de pénétrabilité dans la peau. Elle n'exerce sur les téguments aucune action irritante ; et son action locale est même si favorable que le suint purifié commence à entrer dans l'industrie de la parfumerie comme cosmétique. Elle assouplit la peau sèche, rugueuse, et la souplesse ainsi acquise est relativement durable. La suintine possède aussi une grande force d'adhésion pour les téguments.

La suintine est aseptique et non fermentescible. Exposée à l'air, elle ne rancit jamais et ne subit aucune altération apparente.

Cette graisse naturelle a une odeur désagréable, odeur concentrée de bergerie. J'ai fait disparaître cette odeur en additionnant la suintine d'essence de mirbane, dans la proportion de vingt grammes d'essence par kilogramme de graisse. L'essence de mirbane qui est un parfum d'usage courant dans les savonneries, parfait encore les qualités de la graisse en l'amollissant légèrement, en la rendant plus maniable et en lui communiquant des qualités antiseptiques. L'essence de mirbane est antiseptique comme le sont toutes les essences. Ainsi cette graisse, qui est naturellement aseptique, c'est-à-dire dépourvue de microbes, deviendrait antiseptique, capable d'atténuer, de détruire les microbes avec lesquels elle se trouverait en contact. Une preuve de son pouvoir antiseptique, c'est son action sur la cicatrisation des plaies. Pendant les marches j'appliquais sur les érosions du pied une mince couche de coton enduit de suintine dans toute son épaisseur, et la cicatrisation me semblait obtenue plus rapidement que si on avait eu recours aux pansements humides habituels. Ce pansement a l'avantage de rester accolé aux téguments sans besoin d'une bande ; le coton ne contracte pas d'adhérence avec la plaie ; il préserve suffisamment la plaie contre les frottements ; il n'a pour ainsi dire pas d'épaisseur, ne gêne en rien dans la chaussure et permet au fantassin blessé de continuer à marcher. Bien entendu ce pansement élémentaire, d'une application si facile, ne s'adresse qu'aux érosions légères ou aux ampoules.

Nos hommes ont l'habitude de passer dans l'ampoule un fil qui est laissé à demeure. C'est d'une pratique mauvaise. L'ampoule reste ainsi ouverte ; le fil plus ou moins souillé introduit des germes qui amènent la suppuration. Le mieux est de piquer l'ampoule avec une aiguille très propre et stérilisée, s'il est possible, par un flambage. Le médecin ponctionnera avec un bistouri. Lorsque toute la sérosité est évacuée, on obture l'orifice avec du collodion ou avec une couche mince de coton enduit de suintine qui referme l'ampoule et a en outre l'avantage de la préserver contre les frottements de la chaussure.

Le prix commercial de la suintine de l'usine Motte est extrêmement minime : la suintine ordinaire coûte vingt centimes le kilog. ; et la suintine mélangée d'essence de mirbane coûte vingt-six centimes. Cela tient à ce qu'actuellement ce produit n'a que peu de

débouchés commerciaux et que son extraction est seulement une nécessité industrielle pour les établissements de peignage qui veulent épurer leurs eaux résiduelles Ce prix si minime de la suintine lui constitue encore une importante supériorité sur les graisses préconisées pour les mêmes usages, et il permet d'en faire un emploi large, presque sans compter. La lanoline, qui est extraite de la suintine, est d'un prix très élevé, elle coûte sept à huit francs le kilog.

Avec l'autorisation de M. le chef de bataillon Laurent Chirlonchon, j'ai expérimenté la suintine au 16e bataillon de chasseurs et surtout pendant les grandes manœuvres du Nord. Les hommes avaient un compartiment de la *boîte à graisse* garni de suintine. Les résultats furent excellents et malgré les rudes fatigues endurées, malgré le mauvais temps courageusement subi, le nombre des plaies aux pieds resta insignifiant. Une compagnie put même faire 64 kilomètres en 22 heures sans laisser un seul homme en arrière et sans que cette marche forcée ait provoqué de lésions du pied. Ces résultats heureux reconnaissent évidemment des facteurs multiples ; ils dépendent d'un bon entraînement à la marche ; mais ils dépendent aussi pour une part importante des soins particuliers qui ont été pris pour l'entretien du pied et de la chaussure avec la graisse suintine.

Le pied, après avoir été essuyé avec un linge légèrement mouillé, doit être graissé sur toute son étendue, y compris la face plantaire et les interstices des orteils. Il ne suffit pas d'étendre la graisse ; il faut frictionner de façon à obtenir la pénétration dans la peau. Gros comme un haricot de suintine est suffisant pour chaque pied. La suintine se mélange à notre matière sébacée et pénètre avec elle dans l'intimité de la peau. Malgré que sa coloration soit brunâtre cette graisse ne teinte pas la peau Les téguments prennent une souplesse onctueuse qui les rend plus résistants à l'égard des traumas de la marche et de la chaussure ; ils donnent moins prise aux actions vulnérantes qui glissent à leur surface. Ce graissage du pied devra être fait tous les jours de marches militaires ; et ce ne sera pas suffisant pour les hommes qui ont le pied fragile, qui s'excorient facilement, ils devront se graisser les pieds avec la suintine chaque matin en se levant.

La suintine a une action favorable sur l'hyperidrose. Au 16e bataillon de chasseurs, un grand nombre d'hommes atteints d'hyperidrose venaient à l'infirmerie se faire badigeonner les pieds au perchlorure de fer. A partir du moment où l'usage de la suintine se généralisa au bataillon, il devint exceptionnel qu'un homme réclamât des soins parce qu'il avait les pieds échauffés.

Dans les cas d'hyperidrose, j'obtiens un résultat plus sûr et plus rapide en ajoutant à la suintine du sulfate de cuivre dans la proportion de 5 pour 100. On fait dissoudre à chaud le sulfate de cuivre dans le double de son poids d'eau, et on mélange à la suintine. Le sulfate de cuivre est astringent et antiseptique. Tous les hommes dont les pieds s'échauffent facilement par la marche font usage uniquement de cette graisse qui a sur l'hyperidrose une action puissamment efficace.

La plante du pied et la paume de la main sont les seules parties du corps qui ne sont pas imperméabilisées à l'état physiologique ; elles ne contiennent que des glandes sudoripares et ne possèdent pas de glandes sébacées dont la sécrétion huileuse est imperméabilisante. Voilà pourquoi, lorsque nous prenons un grand bain, la plante des pieds, la paume des mains sont les seuls régions qui se macèrent dans l'eau. La suintine agit comme si elle conférait à l'épiderme plantaire un certain degré d'imperméabilité, empêchant son imbibition par la sueur et neutralisant ainsi les effets fâcheux de l'hyperidrose. C'est aussi pour cette raison que le règlement prescrit que pendant les marches les hommes doivent chaque jour se nettoyer les pieds avec un linge légèrement humide et les essuyer ; et qu'il interdit le lavage des pieds à grande eau.

L'action favorable de la suintine sur la nutrition de la peau trouve encore d'autres applications heureuses. Si la peau est sèche, crevassée par le froid ou pour tout autre motif, il suffira de quelques frictions avec la suintine pour rendre à la peau sa souplesse normale. La suintine prévient et guérit les engelures, soit en raison de son action sur la nutrition de la peau, soit parce qu'elle protège nos téguments contre le froid en les isolant, en empêchant la déperdition de calorique.

Ainsi donc, la suintine est une graisse parfaite pour l'entretien de la peau, elle est comme un aliment de l'ectoderme, elle agit en renforçant l'action normale de notre matière sébacée qui est une substance de protection pour les éléments de l'épiderme.

La chaussure, qui a pour mission de protéger le pied, est souvent pour lui une cause de lésions parce

que, faute d'un choix convenable, elle s'adapte mal, parce qu'elle est mal entretenue, parce que le cuir manque de souplesse. Le cuir devenu trop dur fait des plis rigides sur lesquels le pied s'excorie. C'est la cause la plus fréquente, la cause massive, comme l'on dit, des lésions du pied provoquées par la marche.

La suintine est une graisse parfaite pour l'entretien du cuir. La chaussure ayant été au préalable débarrassée des souillures de surface, cirage, boue, etc., au moyen de la brosse ou au moyen d'un lavage léger, on étale une petite quantité de graisse avec la main, gros comme une noisette par brodequin. Il importe de bien frotter pour obtenir une bonne pénétration de la graisse. On frotte le mieux avec le talon de la main, ou, ce qui vaut moins, avec un bâton cylindrique, comme nos soldats en ont l'habitude. Le cuir devient et reste souple. Il acquiert aussi l'imperméabilité à l'eau. La suintine doit son pouvoir imperméabilisant à la grande quantité de cire qu'elle contient.

Le cirage est l'ennemi de la chaussure. Il contient toujours des acides qui durcissent et fendillent le cuir. Les hygiénistes militaires ont souvent demandé avec instance qu'on en supprime l'usage dans l'armée. Où est en effet l'utilité que les chaussures de nos soldats soient d'un luisant éclatant et comme transformées en miroirs ? D'autant que nos hommes se trouvent alternativement dans l'obligation de les graisser et de les cirer. La graisse gêne l'action du cirage et pour s'en débarrasser j'ai vu des soldats frotter les chaussures avec de l'huile de pétrole qui détériore le cuir.

La suintine nous permet de supprimer le cirage.

J'ai mélangé la suintine avec du noir de fumée dans la proportion de cinq à six grammes de noir pour 100 grammes de graisse, de façon à lui donner la teinte de cirage. Ce mélange se fait avec une très grande facilité, le noir de fumée et la graisse s'incorporant très rapidement. Cette préparation pourra être faite extemporanément dans les corps de troupe.

Le cuir frotté avec une très petite quantité de cette *graisse noire* et brossé acquiert une teinte mate à reflets légèrement luisants et n'ayant pas l'aspect gras. Il suffirait de convenir que cette teinte est de tenue correcte. Elle a l'avantage d'être obtenue même avec des chaussures qui viennent d'être portées dans la boue et dans l'eau.

Pour préciser davantage le mode d'emploi, il pourrait être pris comme règle que chaque semaine il serait fait un graissage plus complet avec la suintine, une sorte de massage du cuir, comme il a été déjà dit, afin d'obtenir une bonne pénétration de la graisse et le parfait assouplissement de la chaussure. Les autres jours, après avoir débarrassé les chaussures des souillures de surface, il suffirait de prendre une très petite quantité de la *graisse noire* sur une brosse comme s'il s'agissait de cirage, de bien l'étendre et de frotter afin d'obtenir le luisant voulu. Par ce moyen, les chaussures seront maintenues en bon état de propreté, de souplesse et d'imperméabilité. La teinte noire obtenue est durable et n'est pas enlevée par l'eau.

Sans doute c'est entrer en lutte contre des habitudes invétérées. Le cirage aura ses partisans irréductibles. Mais cette question de coquetterie mal placée ne semble pas de nature à pouvoir faire échec à cette amélioration hygiénique dans l'armée. Ce qu'il nous faut, c'est une chaussure bien adaptée, souple, propre, résistante, imperméable à l'eau, avec laquelle nos soldats puissent marcher sans s'excorier.

Cette double action favorable de la suintine sur les téguments du pied et sur le cuir qui sont de constitution analogue, ne doit pas nous surprendre. La suintine est l'équivalent de la matière sébacée dont notre peau est incessamment lubréfiée; elle est sécrétée par l'organisme du mouton pour protéger ses téguments. En l'utilisant pour notre propre défense, nous lui donnons la même adaptation, nous lui faisons assouplir et imperméabiliser des tissus de structure ectodermique ; c'est la fonction physiologique de la suintine.

De l'Angio-myxôme des fosses nasales et de son traitement

Par le docteur **H. Gaudier**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille.

Le 13 avril 1898, nous sommes consulté par M. X... pour son fils, collégien de quatorze ans, qui présente depuis six ans environ, des épistaxis, répétées et inquiétantes par leur abondance, toujours se produisant par la narine gauche.

Il s'agit d'un enfant très grand pour son âge, amaigri et aux muqueuses décolorées : il a eu la veille une hémorragie abondante. Il se plaint d'essoufflement et de palpitations. La nutrition chez lui est défectueuse. Il n'y a pas de lésions viscérales.

A l'examen *rhinoscopique antérieur*, il est facile de constater la présence, dans la fosse nasale gauche,

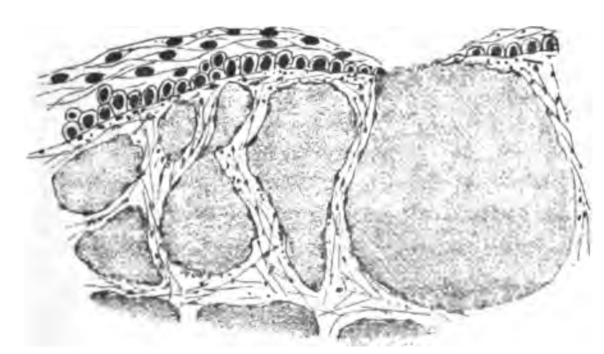
implantée en son tiers antérieur sur le plancher de la narine, d'une tumeur pédiculée, rouge foncé, des dimensions suivantes approximatives : longueur suivant le grand axe = 1 centim. 5; largeur 0 centim. 8. Cette tumeur est animée de battements. Elle est partagée à son extrémité antérieure par une encoche en coup d'ongle obstruée par un caillot récent. Cette tumeur obstrue la fosse nasale, car le cornet inférieur est volumineux. Le pédicule est très mince : l'examen au stylet est impossible, car la tumeur saigne au moindre contact un peu dur. — La tumeur n'a pas contracté d'adhérences. La fosse nasale droite est libre, normale.

L'examen *rhinoscopique postérieur* permet de constater qu'il n'y a ni végétations adénoïdes, ni queues de cornet.

En résumé, voici une tumeur qui se manifeste dans la fosse nasale par les deux symptômes : obstruction et saignements. En raison de l'aspect de la tumeur et des hémorragies qu'elle donne, nous portons le diagnostic : *Angiôme*.

Il n'y a que trois mois que l'enfant a eu la sensation, dans la narine, d'un corps étranger. Il n'y a aucune trace sur le reste du corps de tumeur vasculaire, analogue.

L'intervention s'imposait, et fut acceptée immédiatement. La tumeur enlevée, nous dirons plus loin de quelle manière, fut examinée au point de vue histologique.



Tumeur vasculaire de la narine G ; angio-myxôme. — Grossissement. Nachet. Oc. I, obj. VI. Coupe passant par une érosion de la surface.

Il s'agissait, comme l'indique le dessin ci-joint, d'un angio-myxôme très net. La tumeur tout entière est composée de vaisseaux, à parois minces, pourvus d'un endothélium, séparés les uns des autres par quelques travées de tissu muqueux.

Sur la coupe ici représentée, l'un de ces vaisseaux s'était ouvert à la surface, et avait donné lieu à une de ces hémorragies journalières qui avaient si fort affaibli l'enfant.

La tumeur est recouverte d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié à deux ou trois rangs de cellules. Il n'y a nulle part trace de dégénérescence sarcomateuse, comme cela a été signalé dans des cas analogues.

Le grand inconvénient de l'ablation d'une tumeur vasculaire du nez c'est *l'hémorragie*. Or, trois méthodes peuvent être employées : une plutôt médicale, deux autres plus chirurgicales. La première, c'est l'électrolyse, qui, dans ce cas, doit être *monopolaire positive*, le pôle *positif* ayant seul une action *hémostatique* et *coagulante*, due aux acides naissants qui s'y portent. Ce pôle positif sera représenté par une ou plusieurs aiguilles en or ou en platine, enfoncées dans la tumeur. Le pôle négatif sera une plaque indifférente, brachiale ou cervicale. La durée de chaque séance ne dépassera pas dix minutes et l'intensité du courant dix milliampères.

Cette méthode empêche très *sûrement les hémorragies opératoires ; mais elle n'empêche pas les hémorragies secondaires, et de plus est très lente.*

Les deux autres méthodes sont l'ablation dans un cas avec l'anse *galvano-caustique*, dans un autre cas avec l'*anse froide*.

L'anse *galvano-caustique* est difficile à maintenir à une température hémostatique, elle ne met pas à l'abri des hémorragies secondaires, car, comme l'électrolyse, elle crée des eschares dont la chute, dans le cas d'angiôme, donne lieu à des saignements qui peuvent être formidables.

L'anse *froide* maniée trop vite coupe et fait saigner ; maniée lentement et serrée très progressivement, elle est un excellent moyen d'exérèse, et permet d'obtenir avec le minimum de sang l'ablation de tumeurs aussi vasculaires.

Elle a un avantage que je considère comme capital, c'est de ne pas *donner d'eschares*, et par conséquent de ne pas donner lieu à des hémorragies secondaires.

Je considère donc l'anse froide comme un instrument de choix, en allant lentement, en se servant d'un fil souple, tel qu'un fil de plomb très fin, par exemple, qui m'a donné des résultats parfaits. Le *plomb étreint* et ne *coupe* pas vite.

Mais quelque méthode que l'on employe, il est un fait très important : c'est celui du pansement.

En effet, d'une manière générale, on arrive toujours, dans le nez, à faire l'hémostase d'un pédicule qui saigne.

Nous avons la compression, surtout, et de plus la compression avec de l'eau oxygénée. Je rejette absolument la cautérisation, comme aveugle et prédisposant trop aux eschares.

Mais voici ce qui se passe dans la pratique. Un pédicule saignait : vous arrêtez le sang par la compression ; et ou bien vous laissez le tampon compresseur en place, ou bien vous mettez un nouveau pansement sec ou humide à la place du premier. Tout va bien : le malade revient quelque temps après pour le premier pansement. S'il s'agit d'un pédicule très vasculaire, vous avez beau humecter la ouate ou la gaze, vous avez beau agir avec toute la lenteur voulue, vous tiraillez un caillot fatalement, et presque de suite l'hémorragie recommence ; dans plusieurs cas ceci se renouvelle à chaque pansement, que l'on fait de plus en plus compresseur.

Pour éviter ces déboires et ces pertes de temps et de sang, voici comment nous avons l'habitude de procéder.

La tumeur, au moyen de l'anse froide, est enlevée. Il y a eu du saignottement, le sang s'écoule en bavant. Nous avons préparé, avant d'opérer, une solution de gélatine hémostatique de Carnot : Eau 100 gr. — Gélatine 1 gr.

Avec une petite seringue nous faisons couler cette solution tiédie sur le point qui donne ; presque instantanément, on voit le caillot se former. On attend alors un instant. Sous le caillot un peu de saignottement se fait : nouvelle instillation d'eau gélatinée tiède, jusqu'à ce que rien ne s'écoule plus. Nous laissons alors le malade tranquille et le gardons pendant une heure sous notre surveillance, en lui recommandant de ne faire aucun effort, ne pas se moucher, et tenir la tête droite. Aucun pansement n'est appliqué.

Ce laps de temps écoulé, si rien ne saigne plus, nous renvoyons le malade chez lui, avec un tampon de ouate tout prêt, en forme de cylindre, et qu'en cas d'hémorragie il enfoncera dans le nez : comme ces tumeurs sont en général antérieures, la compression est facile.

De plus, nous lui ordonnons de garder le lit pendant vingt-quatre heures, et de faire toutes les heures des instillations tièdes avec la gélatine de Carnot ou l'eau oxygénée.

Le malade est revu souvent. En trois jours tout est cicatrisé sans qu'il soit besoin de toucher à la narine, ou de faire un pansement qui réveille l'hémorragie.

Ce moyen, dans trois cas rebelles, qui saignaient à chaque pansement, nous a permis de mener à bien la guérison des malades.

Essentiellement, rappelons-le : il consiste en la suppression du tampon-pansement, et l'arrêt de l'hémorragie, par un liquide coagulant.

Bien entendu : Si après l'ablation de la tumeur, l'hémorragie était formidable, il faudrait comprimer momentanément et ainsi diminuer l'écoulement pour agir avec l'eau gélatinée, car en présence d'un écoulement trop rapide, l'action coagulante n'a pas le temps de se produire.

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur COMBEMALE

Eruption locale consécutive à l'application de teinture d'iode

par **E. Bertin**, externe des hôpitaux

Br..., François, âgé de 21 ans, entre le 17 juin dans le service de M. le professeur Combemale, pour une récidive de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite.

Le 13 juin, c'est-à-dire quatre jours avant son entrée à l'hôpital, ressentant ses premières douleurs dans la région externe du genou droit, sur le conseil d'un pharmacien, il applique à ce niveau de la teinture d'iode sur une étendue de quatre centimètres carrés environ ; il n'en fait qu'une seule application, du reste très légère. Il est à noter que le médicament avait été acheté un an auparavant et se trouvait en vidange.

Le jour de son entrée, le malade porte tout autour de la zone d'application de la teinture d'iode une éruption de petites vésicules miliaires, de couleur blanchâtre, contenant un liquide séreux très clair. Leurs dimensions varient entre la grosseur d'une tête d'épingle et celle d'un grain de mil. Quelques-unes ont à leur centre un follicule pileux. Leur siège a ceci de remarquable, qu'on n'en trouve aucune au niveau de la zone d'application ; elles entourent cette zone, sans empiéter sur elle, et sont surtout abondantes à la région antéro-interne du genou.

Le lendemain, 18 juin, l'éruption a presque complètement disparu. Les vésicules se sont rompues, laissant à leur place quelques débris épithéliaux desséchés, qui adhèrent à la peau.

Les jours suivants on ne trouve plus aucune trace de l'éruption, et le malade quitte l'hôpital le 25 juin.

Cette éruption miliaire locale, uniquement constatée à la périphérie du point occupé par le topique, est curieuse à connaître. Indiscutablement l'acide iodhydrique contenu dans la teinture d'iode vieillie qui a servi au badigeon, en est la cause ; mais la localisa-

tion si particulière n'est pas susceptible d'une explication commode ; et nous nous abstenons d'en proposer une quelconque.

VARIÉTÉS

La médecine pour rien

Les journaux espagnols annoncent que deux places sont vacantes dans le service officiel de santé. On demande à Arcuna, dans le Guipuzcoa, un chirurgien au traitement de fr. 4,50 par mois et à Villar de Gallimazo (Salamanque), un médecin qui touchera mensuellement 4 francs.

Ces appointements sont plutôt minimes et peu désirables.

L'ordre des médecins.

Depuis que le niveau de la dignité médicale baisse sans interruption, quelques médecins ont proposé de placer une digue devant l'invasion des nouvelles mœurs lamentables qui envahissent notre profession. Pour enrayer cette triste décadence, ils proposent de créer un Ordre des médecins, analogue à l'Ordre des avocats. Quand de récents scandales vinrent dévoiler au public le plus indifférent aux affaires des médecins les fâcheuses pratiques de quelques confrères, on crut de nouveau trouver dans l'institution de l'Ordre des médecins une panacée à tous nos maux. Cette conception est certainement exagérée. L'exemple seul des maîtres peut donner une bonne direction aux jeunes générations ; et, malheureusement, nous avons vu quelquefois, pendant ces trente dernières années, des maîtres éminents inaugurer ou encourager des pratiques suspectes que nos pères avaient raison de réprouver.

Il n'est plus possible de cacher aujourd'hui que, grâce à d'illustres exemples, la jeune génération médicale trouve souvent tout naturel d'accepter des remises de fabricants de produits pharmaceutiques ou d'appareils destinés aux malades, et surtout de recevoir une forte subvention du chirurgien appelé à faire une opération. Tout le monde connait la *dichotomie;* les théâtres et les cafés-concerts l'ont assez ridiculisée. Mais aujourd'hui le ridicule ne tue plus.

Les jeunes médecins se sont jetés avec voracité sur ces reliefs du festin de leurs voisins ou de leurs confrères capitalistes, d'abord, parce qu'on ne sait plus supporter la moindre gêne, même pendant la jeunesse, et, ensuite, parce que vraiment la profession médicale est plus souvent qu'autrefois une profession misérable. Le nombre des malades payants diminue; les hôpitaux sont tellement perfectionnés qu'ils tentent beaucoup de personnes aisées. En outre, on a créé avec raison une foule de dispensaires qui donnent les consultations et les premiers soins gratuitement. Les petites classes de la société y gagnent, mais les médecins y perdent. En outre, les malades diminuent, parce que, grâce aux progrès de l'hygiène, un grand nombre d'épidémies sont moins fréquentes. Nos lecteurs savent quelle lutte nous avons entreprise pour l'amélioration du régime des eaux et des égouts de Paris de 1880 à 1892. Peu à peu, malgré tous les obstacles qui nous ont été opposés par l'indifférence des médecins, par l'hostilité des administrateurs, par l'obstination des techniciens, nous avons eu le bonheur de voir Paris se transformer en une ville salubre. Aussi, depuis quelques années, la fièvre typhoïde est très rarement épidémique. La vaccination par l'intermédiaire des génisses fait progressivement disparaître la petite vérole. Depuis la découverte du sérum antidiphtérique, le croup et l'angine couenneuse deviennent de plus en plus bénins. La désinfection des habitations et des vêtements entre dans nos habitudes et arrête le développement des maladies autrefois si envahissantes : scarlatine, rougeole, oreillons. Les tuberculeux, qui procuraient tant d'occupations aux médecins praticiens, sont envoyés l'hiver dans le Midi ou dans les sanatoria de montagne ; l'été, ils se disséminent dans toute la France ou en Suisse ; ils ne s'en trouvent certainement pas plus mal. Mais si les malades profitent de toutes ces conquêtes, le praticien en pâtit. Il n'a presque plus de bonne clientèle fixe, et celle qui lui reste lui est disputée par la nuée de spécialistes qui s'abattent sur les grandes villes. En outre, tandis que les malades payants diminuent, le nombre des médecins augmente considérablement. On comptait 10,000 médecins en France en 1878 ; on en compte maintenant 14,000.

Aussi le médecin honnête, modeste, scrupuleux, a de plus en plus de peine à gagner sa vie. S'il est peu honnête, pas modeste et encore moins scrupuleux, la faim aiguise ses dents et il mord le client jusqu'au sang. Voilà les faméliques qu'il faudrait pouvoir chasser du corps médical, qu'il faudrait avoir le courage de désavouer, de renier publiquement. Le procureur général Dupin a dit avec raison : « Chaque profession renferme des hommes dont elle s'enorgueillit et d'autres qu'elle désavoue ».

L'Ordre des médecins pourrait certainement faire utilement cette œuvre de police, en chassant de son sein les mauvais médecins, si les maîtres, qui en seraient certainement les membres, étaient tous imbus des vieux principes. Mais quel résultat utile obtiendrons-nous si, au contraire, quelques-uns d'entre eux sont les fervents adeptes des remises et de la classique dichotomie ? N'aurons-nous pas créé de nouveaux tribunaux qui seront durs pour les faibles, et qui absoudront toutes les fautes commises par les puissants ?

En tout cas, il importerait de bien préciser le rôle de ces Conseils, de le limiter aux seules questions de discipline et de leur enlever toute compétence au sujet des doctrines médicales, qui, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, ont toujours divisé Hippocrate et Galien. Ils ne pourraient qu'exclure de leur Ordre les médecins indignes. Ils ne devraient pas avoir le droit d'enlever à un médecin le droit de pratiquer la médecine. Ce droit pourrait devenir abusif et, dans quelques localités, servir à l'assouvissement des haines professionnelles. Il serait, du reste, illusoire. Le médecin condamné exercerait illégalement et, très probablement, il verrait son succès augmenter auprès des foules ignorantes. Je me souviendrai toujours d'avoir rencontré en 1876, à Menton, un superbe charlatan, installé sur la grande place, au bord de sa voiture dorée et surmontée d'un orchestre habillé à la houzarde. Il débitait de belles banalités dans un délicieux italien, pur comme la langue d'un beau livre. Je ne pouvais m'arracher aux charmes de sa parole musicale, et j'étais étonné de voir un homme aussi distingué vendre sur un char de saltimbanque des pots de pommade contre les rhumatismes. L'heure du

déjeuner vint ; le charlatan descendit de sa voiture et entra dans l'hôtel voisin ; je le suivis ; et, fort indiscrètement, je me plaçai à côté de lui. Grâce à quelques flatteries réitérées, je conquis vite sa confiance. Il me raconta que, reçu docteur d'une Faculté italienne, il avait végété pendant une dizaine d'années ; puis, réduit à la misère, il s'était associé à une somnambule, et, enfin, avait acheté une voiture, des chevaux, un orchestre, et des pots de pommade. Il gagnait beaucoup d'argent maintenant, en parcourant le littoral méditerranéen en France et en Italie : « Mais, surtout, cher confrère, ajoutait-il, ne dites pas que je suis médecin : je ne vendrais plus un seul pot de ma pommade ». Et il avait raison, le charlatan, et il était honnête sans le savoir. Il exploitait la faiblesse humaine, convertie en bêtise par la souffrance ou l'impotence ; mais, au moins, il ne salissait pas le titre de doctorat que ses maîtres lui avaient confié.

Il faut qu'il y ait des charlatans et des faiseurs de miracles ; mais il faut qu'ils ne soient pas docteurs en médecine. Jamais on ne pourra empêcher certaines personnes de chercher en dehors de la médecine des secours qu'elle est impuissante à leur accorder. J'ai connu un professeur de notre Faculté atteint d'une douloureuse maladie qu'il savait être mortelle ; il me disait : « Si je pensais qu'un charlatan pût me guérir ou me soulager, je le ferais venir immédiatement ». Le malade est pressé, il n'a pas le temps d'avoir des principes. Mais, nous, nous devons en avoir. Aussi nous acclamerions avec enthousiasme un Conseil de l'Ordre des médecins qui maintiendrait avec impartialité les bons principes. Vivons dans l'espoir de rencontrer, un jour, ce Conseil idéal, gardien vigilant de l'honneur professionnel.

Dr G. DAREMBERG.

Le Directeur de la *Deut. med. Wochenschrift* entretient ses lecteurs des hauts faits d'un charlatan de Berlin qui se vante de traiter 25.000 consultants par an, à raison de deux minutes et demi par malade. Il est en passe, dit notre confrère, d'arriver en moins de huit ans au même nombre de malades soignés que notre célèbre collègue Schweninger au cours de toute sa carrière : il est même en train de battre ce record.

Diagnostic imprudent

M. le professeur RENAUT a raconté lui-même, dans le *Lyon médical*, l'histoire suivante. Il entre un jour dans une officine pour faire une observation au pharmacien qui, dans une préparation, avait substitué de l'iodoforme à du diiodoforme. Pour s'expliquer avec lui, il le prie naturellement de passer dans son cabinet. Le pharmacien sourit discrètement et enfin seul avec M. RENAUT, qu'il ne connaissait pas de vue : « Vous venez me consulter, dit-il, pour une chaudepisse tombée dans les bourses ; j'ai vu ça tout de suite à la façon caractéristique dont vous descendiez de voiture. »

Le professeur RENAUT apprit peu après que le patron était au lit, malade. L'homme très grave et muni de lunettes auquel il avait eu affaire, n'était qu'un remplaçant peu calé sur le diioforme, mais combien ferré sur le diagnostic à distance d'une orchite !

La médecine de la superstition

W.-E. DARNELL, dans l'*International medical Magazine* de juillet, rapporte qu'un ancien oculiste saxon prescrit contre les maladies des yeux l'onction avec un œil de loup. Dans l'Aberdeenshire, on considère comme le meilleur remède de lécher l'œil d'une grenouille vivante. En Irlande la langue qui a léché un lézard calme la douleur par son contact. Les Anglo-Saxons se servaient d'un œuf de fourmi ou de la bile de chèvre pour guérir la surdité. Selon eux, on pouvait arrêter la chute des cheveux en brûlant des abeilles et en en faisant cuire les cendres avec des feuilles de saule. Le procédé dépilatoire consistait à frotter avec un œuf de fourmi l'endroit poilu. Contre les maux de dents, le malade crache dans la gueule d'une grenouille et lui dit d'emporter le mal. On peut aussi arracher avec les dents une dent d'un crâne de mort dans un cimetière et la garder en poche. A Crithness, il n'y a pas longtemps, contre l'épilepsie on buvait dans le crâne d'un suicidé. En Ecosse, on faisait boire aux épileptiques leur propre sang. On peut aussi brûler vif des coqs ou prendre sept gouttes de sang de la queue d'un chat. Contre l'insommie, placer la corne d'une chèvre ou une tête de loup sous l'oreiller. Dans le Devonshire on guérit les morsures de vipère en frottant la plaie avec la graisse du reptile tué. Les Indiens de l'Amérique se servent d'huile de serpents à sonnettes contre le rhumatisme. Dans le Sunderland, les habitants, pour guérir la coqueluche, rasent la tête de l'enfant et suspendent les cheveux sur un arbre ou sur un buisson.

Intérêts Professionnels

Exercice illégal de la médecine.

Le tribunal du Havre vient de prononcer deux condamnations pour exercice illégal de la médecine, qu'il nous semble intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs. Nous reproduisons *in extenso* les considérants de ces jugements :

I

Exercice illégal de la médecine par un pharmacien.

Vu les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892 et 1er de la loi du 26 mars 1891, dont la lecture a été faite par le président ;

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats, et des aveux partiels du prévenu Y..., la preuve que X... et Y... ont, à plusieurs reprises, depuis moins de trois ans, commis le délit d'exercice illégal de la médecine ;

Attendu qu'il est en effet constant que la veuve G... et la demoiselle D... ont été visitées par l'élève en pharmacie Y... et ont reçu de celui-ci et des mains de X..., son patron, des remèdes que les deux prévenus disaient appropriés au genre de maladie de ces deux clientes. Qu'ainsi, pendant près de deux années, en 1895 et en 1896, la veuve G... a suivi le traitement que lui avaient prescrit les prévenus ;

Attendu que Y... seul, a, en 1897, fourni au sieur L..., qui s'était adressé à la pharmacie X..., après avoir lu en ville des placards que X... reconnaît avoir fait afficher, et par lesquels

celui-ci annonçait posséder un remède contre les maladies vénériennes, guérissant sûrement et rapidement ces affections diverses, des drogues que le prévenu affirmait être souveraines pour la maladie dont L..., sur sa demande, se disait atteint;

Attendu que vainement les prévenus font soutenir qu'en admettant même que les faits rapportés par les témoins soient exacts, ils ne constitueraient pas le délit d'exercice illégal de la médecine parce qu'ils rentrent dans la catégorie de ceux permis aux pharmaciens, et parce que l'habitude, qui est une des conditions essentielles du délit, n'existerait point dans l'espèce ;

Attendu que ces moyens de défense ne sauraient être admis par le tribunal ;

Attendu d'abord, qu'aux termes de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ne peuvent livrer et débiter des médicaments ou des drogues composées que d'après la prescription des docteurs et officiers de santé ;

Attendu d'ailleurs qu'il est manifeste que c'est acte réservé aux seuls médecins que de visiter des malades pour se rendre compte de la nature de leurs affections, et que ce sont bien les conditions dans lesquelles X... et Y... ont soigné la veuve G... et la demoiselle D... ; que ces dames ne sont point venues, comme semble le dire Y..., demander à la pharmacie un remède spécial et déterminé, mais après une véritable consultation ont accepté les drogues qui leur étaient prescrites ;

Attendu de même, que L... ne s'est point adressé au sieur Y... pour lui demander tel ou tel remède, mais qu'attiré à la pharmacie par des affiches promettant la guérison d'une maladie pour laquelle il voulait un remède, il a expliqué le genre de maladie qu'il s'agissait de combattre, et que, sur ses indications, Y... lui a remis plusieurs drogues en lui assurant qu'elles produiraient l'effet désiré, et, qu'en cas contraire, d'autres drogues plus efficaces pourraient être obtenues gratuitement ;

Attendu que de tels faits constituent bien l'exercice de la médecine ;

Attendu que le fait d'avoir fourni au témoin M... un simple remède pour procurer le soulagement d'une bronchite ne paraît pas suffisamment caractérisé en dehors des renseignements précis sur la nature des sirops remis à ce témoin ;

Attendu qu'en vain les prévenus soutiennent que la preuve de l'habitude des actes délictueux n'est pas rapportée contre eux, que les trois faits qui viennent d'être précisés et retenus sont bien constitutifs de l'habitude dans le sens constitutif de ce mot ;

Attendu d'ailleurs que les faits révélés par la veuve G... suffisent à eux seuls pour justifier la prévention puisqu'il est évident que les prévenus ont prescrit un traitement suivi à cette femme et qu'ils l'ont dirigé pendant plusieurs mois ;

Attendu quant à l'application de la loi, que les deux prévenus n'ont jamais été condamnés, et que d'excellents renseignements ont été recueillis sur leur compte ; qu'il y a lieu, dans ces conditions, de les faire bénéficier de la loi de sursis ;

Par ces motifs :

Le tribunal déclare X... et Y... coupables d'avoir, au Havre, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine ; par suite, les condamne chacun à cent francs d'amende. Dit toutefois qu'il sera sursis pendant cinq ans à l'exécution de cette peine.

Les condamne en outre aux dépens solidairement.

II

Exercice illégal de la médecine par une sage-femme.

Vu les articles 4, 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, dont lecture a été faite par le président.

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que la prévenue, sage-femme à Paris, a depuis longtemps ouvert au Havre, 21, rue de Fécamp, un cabinet de consultations où il est notoire qu'elle traite les maladies des femmes ;

Attendu qu'à cet égard, la prévenue, dans des cartes imprimées destinées à être distribuées, a pris expressément soin de se recommander au public comme s'occupant spécialement de ce traitement, en négligeant même de prendre le titre de sage-femme, le seul qui lui appartienne légalement ;

Attendu d'ailleurs que l'information a révélé que, depuis de nombreuses années et jusqu'au jour de la poursuite, la dame X... a, chaque semaine, en se faisant généralement payer dix francs par visite, reçu et consulté des femmes qui souffraient de maladies diverses et principalement de tumeurs graves dans l'utérus ou ses annexes ; qu'elle les a palpées, examinées au spéculum, pansées, cautérisées ; qu'elle a diagnostiqué le genre de leur affection et, le plus souvent, les a conduites ensuite près d'un docteur en renom qui leur a fait une opération chirurgicale :

Attendu que, dans un certain nombre de cas, la prévenue a rédigé elle-même et signé des ordonnances et prescrit des médicaments comme un docteur-médecin aurait pu le faire ;

Attendu que la prévenue, loin de méconnaître les faits qui lui sont reprochés, confirme à peu près complètement les dépositions des témoins, mais qu'elle allègue n'avoir point outrepassé son droit.

Attendu que, sans prétendre avoir dans les divers cas relevés, exercé à proprement parler sa profession de sage-femme, qui ne lui donne que le droit de pratiquer l'art des accouchements, elle soutient : *primo*, qu'elle n'a agi que comme toute personne ayant l'habitude de soigner des malades aurait pu le faire, et *secundo*, qu'elle n'a fait qu'exécuter de point en point les prescriptions du chirurgien, qui avait en elle la plus grande confiance;

Attendu que le premier moyen de défense ne peut être pris au sérieux en présence des faits précis et caractérisés établis par la prévention ;

Attendu, sur le second point, que quelles que fussent les aptitudes et l'habileté de la prévenue, la confiance dont pouvait l'honorer le chirurgien chez lequel elle conduisait la plupart de ses clientes, ne pouvait lui donner le droit de faire des actes réservés aux médecins : que le diplôme seul confère à ceux qui en sont munis le droit d'exercer la médecine ;

Attendu que le délit reproché à la dame X... est donc bien établi ;

Attendu, quant à l'application de la peine, qu'il y a lieu de tenir compte du grand nombre de faits délictueux commis par la prévenue ;

Par ces motifs, le tribunal déclare la dame Y..., née X...,

coupable d'avoir, au Havre, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine, en prenant part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou affections chirurgicales, et ce, alors qu'elle n'était pourvue d'aucun diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé et n'était point dans les conditions prévues aux articles 6, 29 et 32 de la loi du 30 novembre 1892. En conséquence, la condamne à 200 francs d'amende et aux dépens.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Corps de santé militaire

Nous relevons parmi les nominations, intéressant notre région, au grade de médecin aide-major de 2e classe (réserve), MM. les docteurs DEVAUCHELLE et PLANQUE.

Distinctions honorifiques

Sont promus ou nommés dans l'*Ordre National de la Légion d'Honneur :*

Officiers : MM. les docteurs DEBOVE, PEYROT, SEGOND, de Paris.

Chevaliers : MM. les docteurs DEJERINE, GIRAUDEAU, VALUDE, HAILLOT, de Paris ; BONNET, conseiller général de la Marne ; BERNARD, conseiller général de la Haute-Marne ; TAUCHON, médecin en chef de l'hospice de Valenciennes ; PILLET, adjoint au maire de Niort.

Nous sommes heureux de relever sur cette liste le nom de notre confrère le docteur TAUCHON, de Valenciennes, que nous prions d'agréer nos bien sincères félicitations.

— M. le docteur LAPLANE (de Marseille) a été nommé officier d'académie.

— Des récompenses honorifiques ont été accordées aux médecins ci-après dénommés, membres honoraires et participants des Sociétés de secours mutuels :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs AUBEAU, BINET, M. BLUM, L.-C. RICHET, RONDEAU (de Paris) ; BOUCHACOURT, DUVIARD (de Lyon) ; CHAPELLIER (d'Alais) ; DUVERNOIS (de Belfort) ; FOREST (de Troyes) ; GANDOUET (de Frontenay) ; JEANJOT (de Donchery) ; LEFEUVRE (de Rennes) ; MARTIN (de Saint-Jean-de-Trézy) ; MERCIER (de la Bazoche-Gouët) ; ROUSSEAUX (de Vouziers) ; SUBERT (de Nevers) ; CROUZAT (de Médéa).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs BONDON, DESCOUST, DROMAIN, FISSIAUX, SIGNEZ (de Paris) ; BERNEUIL (de Quevauvillers) ; FROTTIER (du Havre) ; GODIVIER (de Bouëre) ; GROSS (de Nancy) ; LAINEY (de Rouen) ; TEMPLÉ (de Rennes) ; THÈZE (de Rochefort).

Mentions honorables. — MM. les docteurs BLAISE, TUCKER (de Paris) ; BARDY (de Belfort) ; GOUX (d'Agen) ; LESTOCQUOY (d'Arras) ; PERROTTE (de Confrançon) ; SÉNAC (de Cours).

— Une *médaille d'argent* de 2e classe a été décernée à M. le docteur DESHAYES (de Saint-Eugène), pour acte de courage et de dévouement.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DANZAT (de la Bourboule) ; MÉRY, ancien médecin de la marine, décédé à Tonnerre ; ZANCAROL, d'Alexandrie ; ZENKER, de Munich ; BLUMENTHAL, de Paris.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

34e SEMAINE DU 21 AU 27 AOUT 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	17	14
3 mois à un an	17	18
1 an à 2 ans	1	4
2 à 5 ans	3	»
5 à 10 ans	1	3
10 à 20 ans	2	»
20 à 40 ans	5	5
40 à 60 ans	6	3
60 à 80 ans	6	10
80 ans et au-dessus	1	5
Total	59	62

Répartition des décès par quartier	CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS																					
	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	de 2 à 5 ans	plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	2	6	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	3	»	1	1	»	»	»	»	»	6	14	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	10	1	1	1	»	»	»	1	»	1	18	20
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	15	»	1	1	»	»	»	»	»	4	23	28
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	»	»	1	»	»	»	»	»	1	7	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	2	»	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	5	12	9
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	3	8	12
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	4	8	8
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	9	»	»	1	»	»	»	»	»	3	15	24
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	6	1	1	»	»	»	»	»	»	»	9	5
Total	»	1	»	»	»	3	»	5	4	6	55	2	4	10	»	»	»	1	»	30	121	136

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 87. Deuxième Année, N° 37. Le Numéro : 10 centimes. 11 Septembre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : La péritonite aiguë par perforation spontanée de l'intestin (deux observations), par le docteur **O. Lambret.** — Hémi-contracture post-hémiplégique, d'origine hystérique, par **G. Mouton** et **Sonneville.** — Intérêts professionnels. — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M. LOP, se basant sur 64 observations personnelles, 54 appartenant au professeur REVILLOD et 22 empruntées à la thèse de CHAUVIN, confirme la prédisposition qui unit la variole à la tuberculose, celle-ci étant d'autant plus grave que le temps écoulé entre les deux maladies est moins long. C'est donc un argument de plus pour demander l'obligation de la vaccine.

⁂ M. COSTE étudie chacun des modes d'infection varioleuse auxquels ils convient d'opposer un mode de défense approprié et s'arrête aux propositions suivantes :

1° Isoler tout individu contaminé, même tout individu ayant pu être contaminé, et cela, pendant toute la durée de la période d'incubation, c'est-à-dire, de neuf à dix jours ;

2° Désinfecter tout ce qui a pu être infecté, navire, marchandises, hardes, bagages ;

3° Vacciner ou revacciner tout individu susceptible d'être contaminé.

⁂ M. FERRAND lit une note sur l'éducation physiologique du caractère. Voici les conclusions de ce travail : Le caractère étant la manière d'agir, il faut, pour l'éducation du caractère, provoquer l'action d'abord, puis l'organiser de telle manière que les centres inférieurs de l'activité nerveuse demeurent subordonnés aux centres supérieurs, selon la hiérarchie naturellement établie entre eux.

Il faut, de plus, que l'action inhibitrice de ces centres les uns sur les autres s'effectue de telle sorte que les mouvements qu'elle associe demeurent hiérarchisés, comme les centres nerveux qui les dirigent, et qu'au-dessus de tous les centres reste toujours souveraine maîtresse la volonté intelligente et libre.

C'est à ce prix que la culture du caractère, développant la portée de l'action en mesurant son effort, peut élever la puissance d'agir à ce niveau exceptionnel qui la fait appeler de ce même nom : un caractère.

⁂ M. LANDOUZY fait un rapport sur un travail de MM. LOP et MONTEUX, relatif à une épidémie de pneumonies infectieuses ayant sévi sur trois maisons voisines.

Il s'agit de vingt-cinq cas de bronchopneumonies, d'aspect typhoïde, essentiellement graves, puisqu'on enregistra onze décès, éclatant en 1896-97 dans trois maisons contiguës de Marseille, et s'y cantonnant étroitement. Les auteurs signalent, comme causes occasionnelles, la fatigue, l'encombrement, le surmenage ; comme cause déterminante de l'extension du premier foyer, la contagion par les crachats. Il suffit de faire évacuer les maisons pour arrêter l'épidémie. A signaler un cas de

contagion professionnelle, dont M. LOP fut la victime.

*** M. MOTET fait un rapport sur un travail de M. DEFLEURY relatif au traitement de l'épilepsie. Ce travail, dit M. MOTET, vient à son heure. Après les tentatives chirurgicales infructueuses, telles que la trépanation du crâne, la résection des ganglions supérieurs du grand sympathique, interventions qui n'ont donné que des améliorations passagères, ainsi que le prouvent les statistiques de MM. LAUNOIS et JABOULAY sur la sympathectomie, il était tout naturel de renouveler les recherches du côté du traitement médical. C'est ce qu'a fait M. DEFLEURY en s'adressant surtout à l'hygiène de l'appareil digestif, en surveillant attentivement les auto-intoxications d'origine gastro-intestinale.

A ce propos, M. MOTET rappelle les recherches déjà entreprises par M. VOISIN sur ce sujet. M. DEFLEURY a été plus loin. Il est convaincu qu'une alimentation propre à éviter les congestions et la production de toxines, les lavages de l'intestin et de l'estomac, les injections de sérum artificiel peuvent avoir un résultat très favorable sur les crises épileptiques. Les injections de sérum artificiel auraient encore l'avantage d'augmenter les effets sédatifs du bromure de potassium.

TRAVAUX ORIGINAUX

La péritonite aiguë par perforation spontanée de l'intestin

(DEUX OBSERVATIONS)

par le docteur O. Lambret, chef de clinique chirurgicale

Nous éliminons de ce travail la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cœcal enflammé ; elle a, pendant ces dernières années, été étudiée un trop grand nombre de fois ; de plus, la perforation de l'appendice et celle de l'intestin, si elles ont toutes deux le triste privilège d'être suivies fatalement d'une inflammation péritonéale, ne sont pas absolument comparables entre elles ; dans la première, c'est le contenu septique et virulent d'une cavité ordinairement close et séparée du reste de l'intestin qui fait effraction dans la grande séreuse ; dans l'autre, c'est simplement le contenu normal de l'intestin, c'est-à-dire les liquides de sécrétion et les aliments ingérés plus ou moins modifiés suivant le siège de la perforation, mais ne jouissant pas d'une virulence exaltée.

Chaque fois qu'il est envahi par un processus ulcératif, l'intestin est susceptible de se perforer ; il faut donc nous attendre à rencontrer la péritonite aiguë par perforation, dans toutes les affections qui s'accompagnent d'ulcérations intestinales. En première ligne nous trouvons l'ulcère simple. L'ulcère simple existe dans toute l'étendue de l'intestin, à l'estomac et au duodénum surtout, il est moins bien connu plus bas, il suffit de lire la thèse de COMBES, qui est le travail le plus récent sur ce sujet, pour se rendre compte du fait ; on trouve cependant des ulcérations sur la nature desquelles actuellement, malgré les travaux de LETULLE il est difficile de se prononcer, c'est pourquoi, il ne faut pas absolument rejeter la possibilité de l'ulcère simple de l'intestin grêle qui est, après tout et par analogie, très vraisemblable ; comment expliquer par exemple l'observation de MONOD et LETULLE qui trouvèrent sur l'intestin grêle, une perforation lenticulaire, dont il fut impossible d'expliquer l'origine ; les auteurs ont dû s'en tenir à l'idée que nous trouvons peu heureuse, de perforation par séjour prolongé d'un corps étranger, lequel n'a d'ailleurs pas été retrouvé au cours de la laparotomie, ni de l'autopsie. Il faut espérer que de nouveaux faits bien étudiés, surtout au point de vue anatomo-pathologique comme sont ceux de LETULLE, apporteront un peu de clarté dans cette question encore obscure.

Dans l'étiologie de la perforation, le cancer intestinal vient bien loin derrière l'ulcère. Il faut distinguer les cas dans lesquels la perforation se produit au niveau du néoplasme ramolli et ulcéré, comme cela se voit dans le cancer de l'estomac et du gros intestin, mais rarement ; et ceux où c'est une ulcération sus-cancéreuse qui en est l'origine. Quand le cancer de l'intestin donne lieu à un rétrécissement, il se produit au-dessus une dilatation plus ou moins considérable du calibre ; dans cette partie dilatée de l'intestin, la muqueuse s'enflamme, s'ulcère et c'est parfois une de ces ulcérations qui, amenant la destruction de la totalité de la paroi, cause une péritonite révélatrice d'un cancer jusque-là ignoré. Nous trouvons encore des ulcérations d'origine inflammatoire dans les entérites aiguës et surtout chroniques, dans les étranglements internes et surtout le volvulus : en général, sauf ces dernières, elles ne sont pas suivies de perforation ; il n'en est pas de même de ces ulcérations qu'on peut qualifier de spécifiques, qui sont des symptômes constants dans la fièvre typhoïde, la tuberculose intestinale, la dysenterie, le charbon ;

les deux premières surtout sont des causes relativement fréquentes de péritonite par perforation. Il ne faut citer que pour mémoire les ulcérations d'origine toxique qui accompagnent certains empoisonnements, les grandes brûlures, etc. En fait, si toutes ces ulcérations sont susceptibles d'amener la perforation des tuniques intestinales, leur action n'est pas comparable au point de vue de la fréquence et c'est surtout dans l'ulcère simple, dans la fièvre typhoïde et déjà à un moindre degré dans la tuberculose, qu'il est habituel d'observer cet accident.

Une fois la perforation produite, à moins qu'une inflammation antérieure n'ait amené la production d'adhérences, le contenu intestinal fait irruption, à travers l'orifice pathologique, et se répand dans le péritoine. Voyons ce qui va se passer.

Différents facteurs sont capables de modifier l'aspect des lésions. C'est d'abord le siège de la perforation. Sur l'estomac, elle peut être située au voisinage du cardia, vers la grosse tubérosité, ou se rapprocher du pylore ; l'organe peut être vide, ou rempli d'aliments ; d'après ce que nous savons de la stagnation de ceux-ci dans l'antre prépylorique, de l'accumulation des gaz au niveau de la grosse tubérosité, nous pouvons, à priori, prévoir les événements ; si la perforation est bas située, elle permettra l'écoulement de la majeure partie du contenu stomacal ; si elle est haut située, elle laissera échapper beaucoup moins de liquide, mais beaucoup plus de gaz (voir notre observation I, absolument typique à cet égard). Sur l'intestin, la quantité, comme aussi la septicité du liquide intestinal, dépend également de la hauteur du siège de la perforation, et ces deux qualités du liquide épandu sont en raison inverse l'une de l'autre ; en effet, ce liquide est d'autant plus abondant, mais d'autant moins septique au niveau du duodénum, d'autant plus septique mais moins abondant au niveau du gros intestin ; ces distinctions sont peut-être un peu théoriques, mais même pratiquement, elles ont une grande valeur au point de vue de la forme de la péritonite qui va suivre.

En face de cette inondation, de cette irruption dans sa cavité de matières plus ou moins abondantes, plus ou moins septiques, le péritoine réagit de différentes façons ; ou bien il lutte à peine, restant en quelque sorte stupéfié et sans défense par défaut d'activité vitale, conséquence ordinaire d'une maladie établie telle que la fièvre typhoïde par exemple, ou principalement par suite de l'extrême virulence du liquide intestinal ; nous nous trouverons alors en présence de cette forme grave de péritonite qu'on a appelée intoxication, septicémie péritonéale, péritonite septique diffuse ; ou bien la séreuse réagit pleinement, phagocyte, essaie d'enfermer l'invasion et de la limiter par des fausses membranes, mal formées et inefficaces dans la forme généralisée et suppurée, solides au contraire et parfois suffisantes dans la forme à foyers multiples.

La péritonite septique diffuse est remarquable par l'intégrité à peu près parfaite du péritoine pariétal et viscéral ; à peine s'il est congestionné et s'il existe quelques exsudats fibrineux, malingres et quasi punctiformes ; le liquide qui manque rarement, est sanieux, louche et renferme très peu de globules blancs, indice de la nonchalance péritonéale ; mais les matières issues de l'intestin peuvent apporter des modifications dans sa nature. On a rencontré des grumeaux de lait caillé, de la bière ; plus souvent ce sont des produits de sécrétion intestinale, de digestion en cours d'élaboration ; la teinte en est jaune laiteux ou plus foncée, l'odeur en est acide ou fécaloïde, toujours suivant le siège de la perforation ; la plupart du temps, il existe en outre une certaine quantité de gaz libres qui s'échappent quand on incise le péritoine. Nous n'insistons pas sur ces caractères de l'épanchement péritonéal qui le distinguent nettement de celui qui accompagne la perforation de l'appendice ou la rupture d'une poche annexielle suppurée par exemple. Le fait principal et saillant, c'est que la séreuse paraît peu atteinte et semble n'avoir pas pu se défendre contre l'empoisonnement rapide qui a emporté le malade.

Dans la deuxième forme au contraire, le péritoine a pu lutter, et se servir plus ou moins de ses moyens de défense qui sont considérables. La richesse de l'épanchement en globules blancs, sa purulence (ajoutée, bien entendu, aux matières diverses déversées par l'intestin) témoignent de la réalité et de l'intensité de la phagocytose. L'évolution s'est faite d'une façon moins rapide, les fausses membranes, les adhérences ont eu le temps de se constituer. On peut ramener les cas cliniques, qui se présentent si divers, à trois types principaux qui caractérisent cette deuxième forme dite suppurée, entre lesquels il existe de nombreux intermédiaires : 1° la péritonite diffuse suppurée ; 2° la péritonite enkystée suppurée ; 3° la péritonite suppurée à foyers multiples.

Dans la péritonite diffuse suppurée, les adhérences sont peu solides et peu étendues, les fausses membranes sont indiquées, mais elles sont insuffisantes à peu près partout, elles arrivent néanmoins à séparer quelques foyers (voir Observation I), mais l'inflammation est répartie sur toute la séreuse d'une façon à peu près égale. Le péritoine est très congestionné, et la vascularisation est d'autant plus marquée qu'on se rapproche du voisinage de la perforation. L'intestin est paralysé et distendu à des degrés divers ; mais dans certains cas, le ballonnement considérable qu'on observe, est surtout dû aux gaz échappés de l'intestin, si bien que le ventre s'affaisse en grande partie à l'incision de l'abdomen. Les liquides de l'épanchement péritonéal se tiennent surtout dans les parties déclives, flancs et petit bassin, plus abondants du côté de la perforation : flanc gauche, si c'est la partie gauche de l'estomac par exemple qui est perforée, flanc droit, si c'est le duodénum. Les caractères de ce liquide peuvent varier suivant les points où on l'examine, franchement purulent dans le bassin, dans les flancs au voisinage de la perforation, il devient plus séreux, à mesure qu'on s'éloigne de ces parties pour aborder les interstices des anses intestinales.

Ce sont là constatations difficiles à faire au cours d'une laparotomie, et quand le malade guérit, on a des tendances à l'heure actuelle à croire qu'on a opéré non pas une péritonite suppurée généralisée, mais une grande péritonite enkystée. C'est là une croyance trop pessimiste, qui ne tend rien moins qu'à éliminer la possibilité de la guérison de la péritonite généralisée, mais qui appelle bien l'attention sur l'existence de ces grandes poches, bien étudiées par Jalaguier, susceptibles d'occuper la presque totalité de l'abdomen. Dans ces cas, les anses intestinales « réunies en paquet par des adhérences, couvertes de fausses membranes d'un jaune verdâtre, enveloppées en partie par l'épiploon, forment les parois de la cavité purulente. » Cette cavité peut être si considérable qu'à l'ouverture elle paraît occuper tout l'abdomen, on comprend que dans ces cas l'acte chirurgical soit peu instructif.

Dans la troisième variété, péritonite à foyers multiples de Nélaton, les poches sont moins volumineuses, mais elles sont ordinairement en nombre variable ; il existe quatre ou cinq foyers séparés les uns des autres, telles ces lymphangites qui envahissent un membre tout entier, et ne produisent que des foyers circonscrits de suppuration. Dans la vaste cavité péritonéale, grâce à une réaction interne ou à cause d'une infection peu virulente, des adhérences solides circonscrivent au milieu des anses agglomérées, ces poches suppurées dont les limites sont précises, et dont quelques-unes échappent parfois assez facilement à l'exploration.

Il est très difficile d'annoncer dans quels cas on rencontrera les différentes formes de péritonite, dont nous venons d'étudier brièvement l'anatomo-pathologie. En ces matières, il faut éviter de faire trop de théorie, car la pratique ménage beaucoup de surprises. Cependant on peut dire que la péritonite à foyers multiples ainsi que la grande péritonite enkystée, ne se rencontrent guère que dans le cas de perforation basse, c'est-à-dire siégeant sur les dernières parties de l'intestin grêle et le gros intestin, par contre, la péritonite septique et la péritonite suppurée généralisée, sont plutôt la conséquence des perforations haut situées sur le tube digestif. Si on suppose un péritoine également résistant, et dans des conditions identiques, on s'expliquera assez facilement ce fait : dans les perforations de l'estomac et du duodénum, le contenu intestinal qui s'écoule dans le ventre, est en quantité considérable et souille, par son contact, tous les coins et recoins de l'abdomen, aucun point de la cavité péritonéale n'échappe à l'infection directe ; par contre, dans les perforations situées sur les dernières parties de l'intestin, là où les matières sont beaucoup plus concrètes et réduites de volume, il y a des chances pour que, à travers l'orifice pathologique d'un diamètre exigu d'ordinaire, il s'en écoule une quantité relativement minime ; la séreuse ne se trouve pas contaminée rapidement tout entière et si, dans ces cas, le contenu de l'intestin est plus septique et plus riche en microbes, son action se trouve aussi plus circonscrite ; le péritoine peut plus facilement, dans des adhérences plus ou moins solides qui font office de barrière, enfermer l'infection. Ce sont là considérations justes dans beaucoup de cas, mais sur la constance desquelles il ne faut pas trop tabler ; la cause de la perforation, la septicité du liquide épanché, la résistance de l'individu, voilà trois facteurs susceptibles de subir des variations, d'où dépend fatalement l'évolution de la maladie.

Cliniquement, deux cas très différents peuvent se présenter ; l'accident éclate brusquement et surprend le sujet en pleine vie active ; ou bien il se surajoute à une affection en cours d'évolution. Nous placerons

dans la première catégorie les malades atteints d'ulcère, voire même de cancer latent, et aussi ceux dans les antécédents desquels on retrouve, à l'interrogatoire, un passé gastrique ou intestinal : signes de dyspepsie, douleurs vagues apparues d'une façon intermittente, qu'on rencontre si fréquemment de nos jours, symptômes nets et affirmatifs d'un ulcère pour lequel un traitement a été ou est institué, un régime suivi, mais ne nécessitant point l'abandon des affaires, ni des occupations habituelles. Rentrent également dans cette catégorie, les cas de perforation d'ulcérations spécifiques, caractéristiques d'une affection évoluant d'une façon silencieuse; par exemple dans la fièvre typhoïde à forme ambulatoire, nombreuses sont les observations où la perforation a été le phénomène saillant initial ; de même il existe une forme peu bruyante de tuberculose intestinale (1) à marche lente, ne donnant lieu qu'à des troubles intestinaux vagues, et qui cependant peut encore se signaler bruyamment par une perforation des tuniques de l'intestin.

Dans le deuxième cas, au contraire, les malades sont déjà profondément affaiblis et infectés par une affection installée : fièvre typhoïde, dysenterie gangréneuse, forme grave qu'il est rare de rencontrer dans nos climats, tuberculose patente. Le tableau clinique n'est pas le même.

Quand la perforation surprend l'individu en pleine santé, ce tableau est véritablement dramatique ; brusquement, à l'occasion d'un repas, d'un mouvement (en fait, cette influence doit être discutable, car on n'est jamais inactif complètement) fait tout-à-coup explosion une douleur atroce en un point de l'abdomen. Cette douleur est si vive qu'elle peut amener la syncope, ou tout au moins la chute sans perte de connaissance, avec l'impossibilité de se mouvoir ; pendant les premières heures, elle a des tendances à augmenter encore, l'état de dépression devient également de plus en plus profond, car en ce moment, le choc péritonéal est intense et c'est lui qui produit le collapsus : extrémités froides, sueurs visqueuses, face anxieuse, pouls fréquent et à peine frappé, sensation de froid et abaissement de la température.

Mais bientôt le malade se remet en partie et, sous l'influence de la réaction de l'organisme, l'état général se remonte; c'est alors qu'apparaissent les vomissements, l'intestin se vide de son contenu. Si, à ce moment, c'est-à-dire trois ou quatre heures après le début, on examine le malade, on trouve un maximum de la douleur à l'endroit précis où elle est apparue si soudaine et si dramatique, elle est excessivement vive et rend le palper impossible : la paroi abdominale est d'ailleurs violemment tendue et contractée à ce niveau, puis, la douleur ne reste pas localisée à ce point unique, mais s'étend bientôt sur tout l'abdomen ; alors la paroi abdominale entière forme un véritable plastron de défense par sa contraction intense, et le bénéfice de la notion du point douloureux initial peut parfois se trouver perdu pour le diagnostic. A ce moment, et avant l'apparition du météorisme, une recherche très importante doit être pratiquée : la percussion de la région hépatique ; aussitôt la perforation de l'estomac ou de l'intestin produite, une certaine quantité de gaz se répand dans la cavité péritonéale et il peut exister alors une sonorité anormale qui représente le seul signe physique de perforation qui soit en notre possession. Mais le météorisme ne tarde pas à faire son apparition, les intestins paralysés se laissent distendre par les gaz, la paroi abdominale ne résiste plus, le ballonnement devient considérable, les vomissements sont bilieux et souvent même ils manquent, et sont remplacés par des nausées et du hoquet, il y a arrêt complet des matières et des gaz dans presque tous les cas ; le liquide s'accumule dans l'abdomen et la percussion le retrouve dans les parties déclives. L'état général s'est aggravé, le faciès est devenu plus caractéristique encore, le pouls est très fréquent tandis que la température arrive à peine à la normale ; la dyspnée est considérable et augmentée par suite du refoulement du diaphragme par les anses dilatées au possible, les extrémités se refroidissent ; le tableau devient de plus en plus noir jusqu'à ce que le cœur refuse de continuer la lutte ; nous avons eu dernièrement l'occasion de veiller une femme atteinte de péritonite diffuse suppurée (Observation I) ; ce qui nous a surtout frappé c'est la conservation de l'intelligence jusqu'aux extrêmes limites : dix minutes avant de mourir la malade tenait encore facilement une conversation plutôt gaie, se plaignant simplement d'avoir trop chaud alors que ses bras étaient de glace jusqu'aux épaules ; brusquement, sans prodromes, le coma se produisit, et en quelques minutes, après quelques paroles incohérentes, quelques grandes inspirations, la mort survint ; le cœur avait abandonné la lutte.

Tel est en raccourci, le tableau clinique de la péri-

(1) V. Pantaloni, Arch. prov. de chirurgie, 1898, juin.

tonite, susceptible de subir bien des variations, suivant la durée et suivant la nature de celle-ci.

La scène est ordinairement très différente quand la perforation se produit chez un individu dont l'organisme est affaibli par une maladie en cours d'évolution, la fièvre typhoïde, par exemple. La douleur et le collapsus qui constituent dans les cas précédents un début si théâtral, peuvent passer inaperçus, masqués qu'ils sont par la gravité de l'état général ; la plupart du temps ils n'existent qu'à un degré plus accusé, les vomissements manquent également fort souvent ; cependant très rapidement l'état du malade devient plus grave encore, le faciès caractéristique apparaît, de même que la fréquence et la faiblesse du pouls et l'abaissement de la température ; ces seuls signes auxquels il faut ajouter la disparition de la matité hépatique qu'on rencontre dans beaucoup de cas, feront penser à la perforation.

La question du diagnostic est fort complexe. Il faut tout d'abord faire le diagnostic de la péritonite, celui de péritonite par perforation et autant que possible présumer de l'organe atteint ; ensuite il faut s'efforcer d'être plus complet encore, et essayer de soupçonner quelle est la nature de la péritonite. Au début, nombreuses sont les affections capables d'égarer le diagnostic, mais l'évolution ultérieure et un examen approfondi permettent d'être bientôt fixé, aussi ne ferai-je que citer les coliques hépatiques et néphrétiques, les empoisonnements, voire même certains cas anormaux d'hémorrhagies intestinales, etc. La véritable, et pour ainsi dire, la seule difficulté du diagnostic de la péritonite aiguë par perforation, c'est de la différencier de l'occlusion intestinale ; le diagnostic différentiel entre les deux affections est, en effet, très délicat, et bien souvent il reste en suspens ; une récente discussion à la Société de chirurgie vient encore d'étaler l'indécision générale en la matière. Les seuls éléments que nous possédions pour guider nos présomptions, sont formés de nuances. Mêmes symptômes du début brusque, mêmes vomissements, même absence de gaz et de selles, même tympanisme, etc., cependant dans l'occlusion, la douleur est moins rapidement généralisée, moins superficielle aussi ; dans la péritonite, cette douleur est également plus intense, mais il faut savoir qu'il existe des exceptions à la règle et que le symptôme subit des variations individuelles (v. obs. II). Dans l'occlusion, le ballonnement, principalement à son début, est moins régulier, il est en effet sous la dépendance du siège de l'occlusion, et la forme de l'abdomen diffère si l'arrêt est situé sur l'intestin grêle ou sur l'S iliaque : c'est là un signe fugace et inconstant; dans la péritonite l'arrêt des matières et des gaz serait moins complet, mais c'est encore un symptôme sur lequel il ne faut pas compter ; un excellent signe, et il fait également souvent défaut, est fourni par l'examen de la température qui est ordinairement un peu au-dessous de la normale dans l'occlusion, un peu au-dessus dans la péritonite ; il faut accorder une grande valeur à l'étude de l'état général du malade et surtout de la rapidité avec laquelle se manifeste l'infection ; le choc péritonéal initial dû à la perforation, ou à la cause de l'occlusion, doit se dissiper au bout d'un temps variable, mais ne dépassant pas quelques heures ; dans l'occlusion ce choc disparaît plus vite, avant que l'infection de l'organisme n'ait le temps de se manifester ; dans la péritonite par perforation, le contenu intestinal continue à couler dans le ventre, il en résulte une prolongation de l'irritation péritonéale cause du choc, si bien qu'entre le collapsus dû à ce choc, et l'infection due à la péritonite, il y a une transition moins nette. Mais, toutes ces nuances ne sont pas toujours perceptibles. Un seul signe a réellement de la valeur quand on peut le constater au début, avant que la paralysie de l'intestin n'ait amené la distension de l'abdomen : la sonorité de la région du foie ; mais cette disparition de la matité hépatique n'existe pas toujours ; Senn en Amérique a essayé de la provoquer en emplissant l'intestin d'hydrogène, c'est là une méthode qui n'a pas encore été essayée en France ; enfin l'auscultation pourra faire diagnostiquer la perforation, par la découverte de la crépitation spéciale, produite par les bulles de gaz intestinal, s'échappant par l'orifice pathologique ; c'est un signe théorique de grande valeur, qui malheureusement n'a jamais été constaté qu'après l'ouverture du ventre. Hâtons-nous de faire observer que l'imperfection de nos méthodes de diagnostic n'est pas préjudiciable au malade puisque dans l'occlusion comme dans la péritonite, le traitement chirurgical s'impose d'urgence.

Pour arriver à déclarer que la péritonite, que nous supposons reconnue, est due à une perforation de l'intestin, il faut se livrer à une étude minutieuse des phénomènes antérieurs à la rupture, et de ceux qui accompagnent la rupture. Les causes de péritonite sont en effet multiples, c'est le traumatisme, et les

antécédents sont nets à cet égard ; c'est une infection antérieure, dans certaines péritonites à pneumocoques, à streptocoques ; il faudra savoir la dépister, rechercher l'existence d'une fièvre éruptive, d'une affection ayant son siège dans le poumon, et surtout bien mettre en lumière l'insidiosité relative du début ; c'est une inflammation des annexes chez la femme, une rupture de pyosalpinx, de poche pelvienne suppurée, ici encore les antécédents de la malade, le toucher vaginal, l'évolution plutôt sous-ombilicale et pelvienne de la péritonite, aideront puissamment le chirurgien dans la recherche de son diagnostic. Il sera moins facile d'éliminer avec autant de certitude la péritonite appendiculaire ; dans les cas où la perforation siège sur l'intestin grêle, aux environs de la valvule, comme dans celui de Monod et Letulle, dont nous avons déjà parlé, le diagnostic différentiel est même impossible ; mais il est des perforations plus haut situées encore, comme celles du duodénum, qui donnent naissance à des symptômes en imposant en tous points pour l'appendicite ; le liquide, suivant les lois de la pesanteur, descend vers la fosse iliaque droite, et il arrive que le maximum de la douleur se tient au point dit de M. Burney ; la moitié des perforations d'ulcère duodénal découvertes à la laparotomie avaient été opérées comme appendicites ; cette douleur provoquée par le liquide, qui descend le long des gouttières formées par les côlons, vers la fosse iliaque, peut se retrouver du côté gauche dans les perforations de l'estomac ; ici encore le diagnostic peut s'égarer, et il arrive qu'on pense à la rupture d'une salpingite. Néanmoins, le début d'une péritonite d'origine appendiculaire est;suivant Dieulafoy,beaucoup moins terrible, et moins soudain, moins dramatique enfin,et en outre celle-ci n'entraîne pas la disparition de la matité hépatique, car la quantité de gaz pouvant prendre le chemin de l'appendice perforé n'est pas suffisante. Le toucher vaginal, le toucher rectal, la palpation de l'abdomen permettent d'ailleurs de constater presque toujours un empâtement caractéristique. Si donc on ne trouve rien au niveau de l'appendice, si surtout la douleur initiale n'existe pas au point classique et trompeur de M. Burney, s'il y a de la sonorité hépatique, on est autorisé à porter le diagnostic de péritonite par perforation, et on a le devoir de chercher à deviner quel est l'organe perforé.

La connaissance (ou une forte présomption) du siège de la perforation est de nature à abréger considérablement l'acte opératoire d'où dépend la vie du malade, car elle sert de direction, de point de mire au chirurgien ; il faut, en effet, reconnaître que, même après l'ouverture du ventre, il n'a pas toujours été possible de trouver une perforation intestinale restée insoupçonnée avant l'intervention. Ici encore, les antécédents du malade et le point d'apparition de la douleur, nous serviront de guides, il faut s'informer des moindres troubles, de leurs relations avec la digestion, des vomissements et de leurs caractères, ainsi que de ceux des selles ; parfois le malade lui-même déclarera qu'il était porteur d'un ulcère d'estomac, sinon on arrivera à le soupçonner ; il faut aussi s'attacher minutieusement à l'étude du début si théâtral, car la douleur ne tarde pas à se diffuser, elle siège à l'épigastre, dans l'ulcère d'estomac, un peu à droite et irradie vers l'épaule dans celui du duodénum ; le sexe même a son importance, les perforations de l'estomac surviennent la plupart du temps chez la femme, celles du duodénum chez l'homme. Malheureusement trop souvent, il faudra rester dans le doute ou même se tromper sur le siège de la perforation, car dans certains cas, les antécédents sont négatifs, la douleur vague et peu précise ; ou bien par son siège anormal elle est une cause fatale d'erreur.

Ainsi, au fur et à mesure que notre diagnostic veut devenir plus précis, nous rencontrons des difficultés de plus en plus grandes. Est-il possible de préjuger de la nature de la péritonite ? On ne peut guère prétendre arrêter son diagnostic à l'une des trois variétés de la forme suppurée ; où commencent-elles, où finissent-elles ? Quand, au cours d'une laparotomie, une péritonite a paru généralisée, on peut toujours quand même songer à la possibilité de son enkystement ; bien plus cet enkystement allait peut-être se faire, et l'acte opératoire a pu le contrarier ; aussi bien, au point de vue pratique la question a peu d'importance ; cependant M. Jalaguier a cherché à diagnostiquer la péritonite que nous avons étudiée en premier lieu, sous le nom de péritonite diffuse septique ; selon lui, ce point particulier est très important, en raison de la gravité exceptionnelle de l'affection, si bien que, quand on peut la diagnostiquer avec certitude et qu'on n'est pas appelé très peu d'heures après le début, il vaut mieux s'abstenir de toute intervention. Les principaux symptômes sur lesquels on doit se baser, peuvent se résumer de la façon suivante : il existe un maximum de signes d'infection, un minimum de

signes péritonéaux, le faciès du malade révèle rapidement une intoxication profonde, le tympanisme est moins considérable et le liquide moins abondant. Ce sont, comme toujours, des nuances qui malheureusement échappent très facilement aux cliniciens, même les plus exercés.

Malgré les doutes et les incertitudes qui souvent persistent, nous supposons le diagnostic posé ; il s'agit maintenant d'appliquer le traitement. Il n'y en a qu'un : le traitement chirurgical ; encore faut-il savoir que son efficacité est très limitée, ses échecs sont beaucoup plus fréquents que ses succès, mais en lui seul est le salut. Il importe de ne pas se décourager, il n'est plus permis à l'heure actuelle de douter de la curabilité de la péritonite généralisée ; sans doute les preuves n'abondent pas, mais elles sont en nombre suffisant pour entraîner la conviction de tous. Il y a deux causes principales dans la péritonite, qui s'associent pour vaincre la résistance de l'organisme : les réflexes péritonéaux qui agissent surtout sur le cœur et sont augmentés par toute tentative opératoire ; l'infection qui, partie du péritoine, gagne bientôt les autres organes lesquels sont plus ou moins frappés suivant leur degré de résistance antérieure. C'est par le cœur autant que par l'infection qu'on meurt dans la péritonite, dit M. Reynier ; c'est là une exagération mais qu'il faut cependant retenir ; la connaissance de cette influence du système nerveux, comporte en effet un enseignement au point de vue opératoire, elle met bien en relief la nécessité de faire vite. Mais le facteur le plus puissant est toujours l'infection, due aux microbes les plus divers, et surtout, il fallait s'y attendre, au coli-bacille, cet hôte normal de l'intestin, dont le développement se trouve favorisé par la présence de gaz, de liquides intestinaux septiques eux-mêmes, et par l'irritation péritonéale que produit leur écoulement continu. Le traitement bien conduit consistera donc essentiellement à enlever toute souillure et toute cause de souillure de la cavité péritonéale, sans aggraver le collapsus existant qu'il faut combattre et tâcher de dissiper. Il importe d'opérer de bonne heure, à l'aurore de la péritonite, avant que l'infection n'ait dépassé la séreuse; passé 48 heures, le succès est l'exception, mais l'intervention ne doit pas être précipitée, et il faut savoir attendre quelques heures la disparition du choc initial ; il importe d'opérer vite, c'est la seule façon de ne pas déprimer le malade en éveillant de nouveaux réflexes inhibitoires. Les détails de l'opération peuvent être réglés de la sorte : évacuer et désinfecter le péritoine, fermer l'orifice pathologique, drainer et combattre la paralysie de l'intestin ainsi que le collapsus. Nous insisterons peu sur ces différents temps qui, sauf l'obturation de la perforation, sont ceux du traitement de toutes les péritonites. La technique varie avec les auteurs.

Sur l'évacuation des liquides pathologiques tout le monde est d'accord, mais sur la méthode de désinfection de la cavité péritonéale, les avis diffèrent : les uns sont partisans du nettoyage complet et du lavage qu'on fait actuellement à l'eau salée bouillie ; les autres se contentent de l'asséchement du péritoine pratiqué rapidement à l'aide de compresses sèches : les deux procédés ont donné des succès, cependant nous penchons plutôt pour l'emploi du second ; le nettoyage complet, l'enlèvement de toutes les jeunes membranes tel que le préconise Gérard-Marchand demande beaucoup de temps, nécessite le déroulement de l'intestin, traumatise la couche épithéliale du péritoine qui a déjà trop de tendance à s'exfolier, et augmente d'autant son pouvoir absorbant; quant au lavage il a également ses détracteurs, car s'il a l'avantage de relever la pression sanguine par absorption rapide d'une certaine quantité de la solution physiologique, on l'accuse d'être insuffisant, de véhiculer et de disséminer les germes, dans tous les replis du péritoine. Néanmoins, actuellement aucune de ces deux méthodes ne peut être catégoriquement condamnée, elles possèdent toutes deux des défenseurs trop autorisés : pour nous, bornons-nous à bien nous pénétrer de ce principe : faire vite et en produisant le moins d'effraction possible. Pour empêcher l'issue du contenu de l'intestin, il faut isoler la perforation de la cavité péritonéale; le meilleur moyen c'est de la suturer à l'aide de quelques points à la soie fine placés à la Lembert; la chose est ordinairement possible. Il est préférable, quand on le peut, de faire deux rangs de sutures séro-séreuses, la fermeture n'en est que plus hermétique ; parfois par suite de la profondeur de la perforation, quand il est impossible d'amener l'organe perforé en raison de sa situation anatomique ou d'adhérences pathologiques, la suture ne peut être pratiquée, le fait se présente encore dans les cas d'ulcère étendu ayant détruit une trop grande quantité de paroi intestinale, ou ayant amené l'induration de cette paroi, en sorte que les fils ne peuvent être placés, et coupent les tissus enflammés : il faut s'inspirer des circonstances, se

contenter de marsupialiser la plupart du temps, et d'isoler soigneusement par un tamponnement bien fait l'orifice pathologique ; on a obtenu de la sorte de beaux succès ; si la paroi intestinale est détruite sur une grande étendue, si on se trouve en présence d'un cancer intestinal, on se résignera à faire une résection, une entéro-anastomose ; dans ces cas on a en quelque sorte la main forcée, et c'est à regret qu'il faut avoir recours à ces manœuvres opératoires fort longues et fort graves dans les circonstances actuelles. Enfin, il est de toute nécessité de drainer largement le péritoine, il faut employer les tubes en caoutchouc ou en verre, la gaze ne suffit pas seule ; un drain au niveau de la perforation, un autre dans chaque flanc, et dans le bassin assureront l'écoulement des liquides. L'état général devra être relevé par tous les moyens dont nous disposons : éther, caféine, alcool, lavements excitants, injections massives de sérum artificiel. Si l'intestin reste paralysé et s'il en résulte des symptômes d'occlusion par pseudo-étranglement, il faut savoir que le traitement le plus efficace est l'ouverture de l'intestin et son évacuation mécanique avec abouchement à la peau ; cet abouchement doit être petit de façon à ce que l'anus artificiel qui en résulte, puisse se fermer plus tard facilement et spontanément. Nous ne faisons,on le voit,que signaler ces différentes indications, qui sont générales à toutes les péritonites. Quand elles auront toutes été remplies, le chirurgien aura fait son devoir. Le résultat ne sera pas toujours brillant, souvent la péritonite était trop avancée et le malade succombe quand même. Néanmoins il ne faut pas se décourager, la proportion des succès est en gradation. Grâce à l'amélioration de la technique ; la mortalité opératoire est appelée à diminuer encore, à mesure qu'en opérant de bonne heure on empêchera l'installation de la péritonite, qu'en opérant rapidement on évitera la production du choc. Pour l'ulcère d'estomac perforé la statistique de Chaput (1895), accuse 77 % de mortalité, celle de Houzé (1896) n'en accuse plus que 70 %. De même dans la perforation de l'ulcère du duodénum, Houzé donne une statistique plus noire que celle de Darras publiée l'année suivante, il est donc incontestable que les résultats vont en s'améliorant.

Nous avons eu la bonne fortune d'aider dans ces derniers temps notre maître le professeur Folet, dans deux laparotomies au cours desquelles on trouva une fois une perforation de l'estomac, une fois une perforation du duodénum ; nous donnons ces deux observations résumées :

Observation I. — Perforation d'ulcère d'estomac. Laparotomie. Mort.

Mme X..., 40 ans. Santé ordinairement bonne. Constipation habituelle traitée par des pilules laxatives. Depuis 5 ans, de temps à autre douleurs assez vives dans la fosse iliaque gauche, apparaissant par intervalles,simulant assez bien, d'après la description de la malade, des coliques salpingiennes, mais n'empêchant ni la marche, ni même les excursions en montagne.

Le mercredi 27 mai, dans l'après-midi, brusquement elle ressentit au point accoutumé une douleur extrêmement vive ; au début elle ne s'en alarma pas trop, croyant à l'apparition d'un de ses accès ordinaires ; mais la persistance de la douleur, son acuité extrême, ne tardèrent pas à éveiller son inquiétude, elle vit un médecin qui conseilla des cataplasmes laudanisés ; le lendemain il n'y avait aucune amélioration, des vomissements étaient apparus ; deux autres médecins furent appelés qui la traitèrent par l'expectation. Le samedi, à deux heures de l'après-midi, quand M. le professeur Folet et moi, nous la vîmes, nous la trouvâmes dans un état général grave ; il existait un ballonnement considérable, le ventre était excessivement douloureux, la palpation était impossible ; le facies était franchement péritonéal ; le pouls battait à 130, la soif était vive, il y avait de temps en temps un effort de vomissement, et continuellement des nausées. Le toucher rectal était négatif, le toucher vaginal décelait un empâtement du cul-de-sal latéral gauche. Depuis l'apparition de la douleur, absence complète de gaz et de selles. Le diagnostic était très difficile et M. Folet hésitait entre une occlusion intestinale, et une péritonite d'origine salpingienne.

La laparotomie fut pratiquée, le ventre à peine ouvert une grande quantité de gaz s'échappa en sifflant et l'abdomen s'affaissa considérablement ; en même temps, du liquide purulent s'écoulait de tous les côtés ; la trompe gauche était manifestement malade, mais ne pouvait être cause de la péritonite qui avait évidemment une origine intestinale. L'appendice cherché fut trouvé sain. M. Folet commença à nettoyer le péritoine; les flancs, le bassin furent asséchés au moyen de compresses sèches ; puis l'intestin déroulé et les fausses membranes qui le couvraient enlevées ; le flanc gauche (face antérieure du côlon, paroi abdominale antérieure, etc.) était manifestement plus malade que le droit, les fausses membranes qui le couvraient plus épaisses, le liquide plus purulent et plus riche en grumeaux ; l'incision de la paroi fut prolongée au-dessus de l'ombilic ; enfin, tout-à-fait dans l'hypochondre gauche, limitée par la rate, l'estomac et l'angle gauche du côlon, fut découverte une poche fermée,d'où s'échappa une odeur infecte.Elle contenait du pus épais et verdâtre et des débris alimentaires, communiquait avec l'estomac par une perforation du diamètre d'une pièce de cinquante centimes environ ; cette poche fut nettoyée, sa néo-paroi enlevée en grande partie, la perforation qui siégeait sur la grosse

tubérosité, rapidement suturée. Un grand lavage à l'eau bouillie salée, acheva le nettoyage du péritoine, de nombreux drains placés dans tous les points déclives assurèrent le drainage ; le ventre fut rapidement fermé : mais malgré tous les stimulants, sérum artificiel, alcool, éther, caféine, etc., la malade mourait dans la nuit. Nous sûmes plus tard, que quelques années auparavant la malade avait ressenti quelques douleurs stomacales, de vagues troubles dyspeptiques, traités par le bicarbonate de soude et qui avaient disparu depuis.

Observation II. — Perforation d'ulcère du duodénum. Laparotomie. Mort.

B..., 23 ans. Sans antécédents héréditaires ; entré le 10 mai dans le service du professeur Folet, à l'hôpital Saint-Sauveur. Brusquement, la veille, dans l'après-midi, il a été pris, dans le côté droit de l'abdomen, d'une douleur atroce, si atroce qu'il tomba à l'endroit où il se trouvait et qu'il lui fut impossible de se relever. Vers le soir, apparurent des vomissements qui persistèrent toute la nuit, en même temps qu'aux approches du matin, la douleur devenait plus supportable. Au moment de l'examen, dix-huit heures après l'apparition de la douleur, il n'y avait encore eu ni selle, ni gaz. L'aspect du malade était plutôt mauvais, le facies, sans être franchement péritonéal était grippé et anxieux, la langue était sèche, le pouls battait 130 pulsations bien marquées et bien frappées, la température était normale. Le ventre était uniformément tendu et le ballonnement à peine marqué, les muscles de la paroi n'étaient pas contractés énergiquement et durs, comme lorsqu'ils se contractent sur une perforation ; on constatait partout l'existence de la douleur, assez peu intense pour permettre la palpation de la paroi abdominale, et même une certaine pression, manœuvre grâce à laquelle on se rendit compte qu'il n'existait en aucun point de l'abdomen une tuméfaction perceptible. A droite, et particulièrement au point de M. Burney, là où elle apparut si soudainement, la douleur est cependant plus vive que partout ailleurs. A ce niveau, sur la peau, on constate des cicatrices étoilées, vestiges de morsures de sangsues appliquées il y a quelques années pour une inflammation qui pourrait bien avoir été une appendicite. La percussion ne décèle rien d'anormal ; en particulier, la région hépatique est absolument *mate*. Le malade n'a jamais présenté de troubles digestifs.

Bien qu'il n'existât pas de tuméfaction, bien que la paroi ne fut pas violemment contractée sur la région de l'appendice, le diagnostic posé fut celui d'appendicite suraiguë avec perforation. Il était surtout basé sur la brusquerie du début et l'intensité de la douleur intestinale, ordinairement moins dramatique dans l'occlusion ; sur l'uniformité et la diffusion du ballonnement naissant et de la douleur ; enfin et surtout, sur le retentissement rapide sur l'état général, à une époque, où dans l'occlusion le malade est ordinairement remis du shock initial. Pour localiser le diagnostic à l'appendice, il y avait l'existence des cicatrices de sangsue, l'apparition et la persistance du maximum de la douleur au point de M. Burney ; il y avait l'absence d'antécédents du côté du tube digestif, et surtout il n'existait pas de sonorité hépatique.

M. Folet fit la laparotomie immédiate. Elle permit de constater l'absence d'appendicite et de trouver la perforation qui siégeait tout contre le pylore, sur la première portion du duodénum, à l'union des faces antérieure et supérieure ; la perforation avait les dimensions d'une lentille. Elle fut rapidement suturée par cinq fils de soie fine placés à la Lembert. Le ventre était rempli d'un liquide jaune laiteux qui provenait évidemment de l'intestin. L'opération (recherche, nettoyage du péritoine, suture de la perforation, drainages multiples, etc.) dura environ une heure, pendant laquelle le malade avait reçu deux litres et demi de sérum artificiel, mais malgré tous les stimulants, il mourait au bout de sept heures.

Hôpital de la Charité. -- Service de M. le professeur COMBEMALE

Hémi-contracture post-hémiplégique, d'origine hystérique.

Par G. Mouton, interne des hôpitaux, et Sonneville, externe.

On épiloguerait à perte de vue sur les méfaits et accidents que commet et produit l'hystérie. Ces manifestations morbides de la « grande névrose » sont à ce point variables et multiples que leur énoncé seul remplirait des pages. Et l'on ferait des livres avec les erreurs de diagnostic qu'elles ont causées ! Il est donc toujours bon de dépister la « simulatrice » et c'est dans ce but qu'il nous a paru intéressant de relater le cas suivant observé dans le service du professeur Combemale :

Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans, Clémence D..., entrée, vers le mois de février 1898, pour des spasmes et des contractures musculaires.

Peu de choses à dire sur ses antécédents héréditaires : toute la famille, composée du père, de la mère, de deux frères et de deux sœurs, jouit d'une excellente santé. Seuls, le père et une sœur, au dire de la malade, sont très nerveux et d'un caractère très irritable.

Elle-même a un passé pathologique pour ainsi dire nul, pas de maladie de la première ni de la seconde enfance. La fonction cataméniale s'est établie à quatorze ans : règles normales, jusqu'au début de l'affection qui va nous occuper, où il est apparu de la leucorrhée.

Bien que nerveuse avérée, elle présente peu de stigmates de la névrose : pas de clou, pas d'hyperesthésie épineuse, pas de zones hystérogènes, pas de plaques anesthésiques ou hyperesthésiques, pas de sensation de boule, pas de point ovarique, elle n'a jamais eu d'attaques convulsives ; seul, son faciès

parle pour elle et porte la signature névropathique : yeux brillants et langoureux, mobilité extrême de la physionomie, rougeurs et pâleurs subites, larmes et rires facilement et alternativement provoqués.

Histoire de la maladie. — A la suite d'un amour malheureux, affreusement « lâchée » par celui qu'elle aimait, Clémence ressentit un violent chagrin. Peu de temps après, étant à son travail de bobineuse, elle fut prise d'un étourdissement qui ne fut cependant pas suivi de chute : elle put regagner son domicile, se plaignant de maux de tête violents et de troubles de la vue. La céphalalgie est toujours restée localisée au vertex. L'amblyopie ne fut pas absolue : il y eut simplement de l'acuité visuelle : les objets étaient encore aperçus convenablement, bien que leurs contours fussent flous ; la perception des couleurs était très confuse.

En même temps, et graduellement, la malade s'apercevait que sa parole s'embarrassait, que la langue « fourchait » ; la mastication devenait pénible, les aliments refluant toujours dans la partie gauche de la bouche.

Cet état dura environ sept semaines, allant s'aggravant : la paupière gauche recouvrait difficilement le globe oculaire alors que rien de semblable ne s'observait du côté opposé. Les muscles de la joue, du même côté, étaient légèrement parésiés, abaissant la commissure labiale correspondante : impossibilité pour la malade de siffler ou de simuler l'acte du baiser.

C'est alors qu'au milieu de ces phénomènes de paralysie faciale gauche apparaît un beau matin une torpeur, une parésie du membre supérieur gauche, parésie qui va, en très peu de temps (quatre à cinq jours) augmentant d'intensité et se transformant en paralysie proprement dite. Le membre soulevé retombe inerte et l'usage en est complètement perdu pour la malade. Le même phénomène s'était également et de la même façon produit au membre inférieur correspondant, si bien que cette femme hémiplégiée se voit condamnée à une impotence fonctionnelle presque absolue qui dure six mois. La céphalalgie persiste ainsi que la paralysie faciale : seuls s'amendent les troubles de la vue et de la parole.

Au bout de six mois, à l'état paralytique firent place des contractures qui s'établirent graduellement et sans douleur : elles occupèrent tout le côté hémiplégié, ayant toutefois leur maximum d'intensité au membre supérieur gauche. Elles mirent environ quatre à cinq mois pour atteindre le degré extrême qu'elles ont actuellement. Au début, la raideur musculaire atteignait le bras seul : l'articulation du coude paraissait, à la malade, ankylosée ; puis, de temps à autre, survenaient des tremblements involontaires, des secousses fibrillaires, à l'occasion de certains mouvements : l'impotence fut bientôt telle que la malade devait, pour mouvoir son bras gauche, le saisir avec le bras droit. Simultanément, la même contracture envahissait le membre inférieur gauche, permettant bien la flexion dans la position assise, mais non dans la marche, ce qui fait que la malade traînait la jambe et boîtait sensiblement. La main ne s'est prise que quatre mois environ après l'apparition des contractures. Les tremblements avaient diminué depuis, n'ayant eu toute leur intensité que pendant près de cinq semaines.

L'examen minutieux des organes ne révèle aucune lésion, pas de troubles digestifs ; système génito-urinaire sain, la leucorrhée du début a presque complètement disparu. Rien au cœur ni aux poumons. Pas de cicatrice suspecte sur le tégument ; on peut donc, d'ores et déjà, éliminer presque à coup sûr la tuberculose, la syphilis, les cardiopathies primitives ou secondaires.

Au point de vue névropathique, il a été noté un léger rétrécissement du champ visuel du côté gauche, de l'abolition du réflexe pharyngien et cornéen, de l'exagération du réflexe patellaire. Réflexe plantaire et abdominal normaux.

La contracture hémilatérale présente les caractères suivants : elle ne cède pas au sommeil et ne devient douloureuse que lorsqu'on veut la vaincre. La sensibilité tactile, au toucher, à la piqûre, au chaud et au froid, paraît légèrement obnubilée du côté contracturé. On note également des troubles vaso-moteurs : le côté malade est légèrement violacé et refroidi ; la différence avec le côté opposé est très nette au niveau de la portion moyenne de la jambe. Le sens musculaire est conservé. Pas de troubles des sphincters. Pas d'atrophie sensible, malgré la longue durée de l'immobilité et du défaut du fonctionnement des membres.

Du côté de la face, à signaler une très légère contracture qui relève et accuse un peu plus que normalement la commissure labiale gauche, primitivement parésiée. Pas de déviation sensible de la langue. La parole n'est nullement embarrassée, l'émotion seule — et un rien la provoque — la fait un peu trembler.

Si nous revenons aux membres, nous voyons que le bras est en flexion forcée et que la jambe a pris le type d'extension avec déformation du pied en varus équin.

Si vous essayez de faire appliquer la main de la malade sur la vôtre, vous voyez se produire un phénomène curieux : la main, après avoir décrit un arc de cercle d'amplitude assez considérable, vient s'abattre sur la vôtre tendue, mais après une très légère hésitation, qui se traduit par une série de petites oscillations, trépidations ou tremblements très courts. Une fois votre main dans la sienne, vous sentez cette dernière s'appliquer fortement paume à paume, et, si vous exigez de la malade qu'elle la retire, le mouvement de retrait s'effectue avec retard, surtout dans la première partie du temps nécessaire pour faire cet acte : ce retard s'accuse d'autant que les objurgations de votre part pour la faire « lâcher prise » deviennent de plus en plus pressantes ; il y a là, comme un spasme que la malade ne peut surmonter et vaincre qu'après de terribles efforts : ce phénomène se rapproche de ce qui s'observe dans la maladie de THOMSEN. Mais il y a plus, car, pendant quelques secondes, jusqu'à un quart de minute parfois, la main de la malade appliquée, véritablement accolée, soudée, ne peut plus se séparer de la vôtre, elle prend alors un type d'extension exagérée. Enfin, si au lieu de faire

juxtaposer cette main à la vôtre, vous ordonnez à la malade de vous serrer la main, il se passe quelque chose d'identique, on se trouve serré comme dans un étau, parfois même griffé involontairement, tant la contracture est intense.

La suggestion, tant à l'état de veille qu'à l'état hypnotique, n'a guère amené d'amélioration chez cette malade ; l'hydrothérapie seule a donné quelques résultats ; toutefois la guérison est loin d'être complète et la malade, après un séjour de plusieurs mois dans nos salles, est sortie améliorée, il est vrai, mais encore loin du rétablissement complet et intégral. C'est dire que le pronostic « quoad futurum » de cette affection, névropathique pourtant, est des plus variables.

Intérêts Professionnels

L'ordre des médecins.

A l'association des médecins de la Gironde, dans l'assemblée générale du 3 avril dernier, on a voté sur le principe de la création d'un ordre des médecins. La question était ainsi posée : Faut-il l'admettre ? Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants .. 53
Non 42
Oui 10
Bulletin blanc 1

Voilà un premier résultat qui n'est point fait pour encourager les promoteurs de cette institution surannée.

VARIÉTÉS

Médecins anglais.

Le *Medical Register*, l'Annuaire médical anglais pour 1898, vient de paraître. Le nombre total des médecins dont le nom figure sur cet annuaire s'élève au chiffre formidable de 34.903, pour tout le Royaume-Uni.

Ce total se subdivise ainsi : Angleterre et pays de Galles, 22.576 ; Ecosse, 3.417 ; Irlande, 2.616 ; à l'étranger, 3.773, armée, marine et services médicaux de l'Inde, 2.521.

Que peut faire l'Angleterre de tous ces médecins, ou que peuvent faire tous ces médecins en Angleterre ? Ils se répandent dans les colonies.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Distinctions honorifiques

M. le docteur Késer, de l'hôpital Français de Londres, est nommé chevalier de la Légion d'Honneur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Grobon, de Triffort ; P. Monnange, de Saint-Maur-les-Fossés ; Edward Aveling, de Londres ; Endres, privat-docent d'anatomie et d'histologie à la Faculté de médecine de Halle ; William Pepper, professeur de médecine au Medical Department of the University of Pennsylvania, de Philadelphie ; Puy-le-Blanc, de Royat ; Cattiaux, de Paris.

Le professeur Nasse, premier assistant à la clinique de Bergmann, à l'Université de Berlin, s'est tué en tombant dans une crevasse en descendant du Piz Paln.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

35e semaine du 28 Aout au 3 Septembre 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	16	23
3 mois à un an	13	12
1 an à 2 ans	4	3
2 à 5 ans	1	1
5 à 10 ans	»	3
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	6	7
40 à 60 ans	8	4
60 à 80 ans	9	4
80 ans et au-dessus	»	3
Total	58	62

Répartition des décès par quartier	CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS																					
	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	3	»	1	1	»	»	»	»	»	2	11	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	7	11	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	12	»	»	1	»	»	»	»	»	»	13	15
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	8	1	»	»	1	»	»	»	»	7	19	19
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	6	»	1	3	»	»	»	»	»	3	15	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	7	»	»	2	»	»	»	»	»	4	17	13
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	9	»	»	1	»	»	»	»	»	3	13	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	»	»	»	»	1	6	1
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	»	1	»	»	»	»	»	3	9	12
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	2	»	»	»	»	»	6	5
Total	»	1	»	»	»	1	»	3	5	3	59	1	2	12	3	»	»	»	»	30	120	102

N° 88. Deuxième Année, N° 38. Le Numéro : **10** centimes. 18 Septembre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE,** *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*
Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Occlusion intestinale par volvulus dans une hernie inguinale interstitielle acquise, leçon clinique de M. le professeur **Dubar**, recueillie par M. le docteur **Potel**, chef de clinique. — Note sur un cas de linite plastique, par **D. Verhaeghe.** — A propos de l'étiologie héréditaire de l'hystérie, par le docteur **Vanherseeke.** — Variétés. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M. VALLIN fait un rapport sur un appareil inventé par M. KARNICE KARNICKI pour signaler les personnes ensevelies en état de mort apparente. Il se compose d'un tuyau qu'on ajuste dans un orifice pratiqué dans la bière ; il dépasse le niveau du sol et se termine dans une boîte dont le couvercle peut se lever sous une pression minime exercée sur une boule en caoutchouc placée au devant de la poitrine de la personne ensevelie En se soulevant, ce couvercle met en jeu une sonnerie. L'appareil resterait en place quinze jours.

M. VALLIN craint qu'après l'enlèvement du tube, le trajet qu'il occupait ne devienne une cheminée d'appel pour les gaz produits par la décomposition. Il pense aussi que la sonnerie, ainsi que les choses se passent dans les dépôts mortuaires allemands depuis leur création, ne sera mise en jeu que par des phénomènes cadavériques, et non par la main de l'individu enseveli.

les villes, l'ensevelissement n'est fait qu'après la constatation du décès ; en cas de doute, on peut retarder l'inhumation jusqu'à l'apparition de la putréfaction. L'appareil KARNICE est donc inutile. Dans les campagnes, où la constatation des décès est défectueuse, on proposerait aux communes d'acheter un appareil qui serait loué aux particuliers un franc par jour. M. VALLIN dit qu'aucune municipalité n'adoptera cette pratique.

⁂ La transformation de la chasse a nécessité l'élevage en grand des faisans et perdrix ; dans certaines chasses on élève annuellement jusqu'à 30,000 faisans. Cette année, les élevages ont été atteints par un tœnia que M. MÉGNIN appelle *Davainea Guevillensis* Les faisans mouraient d'obstruction intestinale déterminée par les parasites qui gonflaient les anses intestinales au point de leur donner l'aspect de petites saucisses. L'épidémie fut enrayée en ajoutant à la pâtée des faisans quinze centigrammes de poudre de noix d'arec. M. MÉGNIN ne connaît pas l'intermédiaire par lequel les oiseaux sont infectés. Il ne croit pas ce tœnia transmissible à l'homme; néanmoins il vaudrait mieux brûler les intestins des faisans, car, chez les enfants, en Orient et même en Amérique, on a constaté un tœnia semblable à ceux des gallinacés et on ne sait pas d'où il vient.

⁂ M BERGER présente un rapport sur une communication de M. RICARD intitulée « des greffes d'os vivants » (1). Dans un cas, il s'agit d'une femme sur laquelle il avait comblé une perte de substance du crâne résultant de l'ablation d'un ostéo-sarcome au moyen

(1) Voir page 61.

d'un fragment d'os coxal enlevé à un chien. Cinq ans après, généralisation sarcomateuse, sans récidive locale. La palpation montrait la persistance de la greffe Il est démontré que les greffes hétéroplastiques se résorbent le plus souvent; elles peuvent être remplacées par une cicatrice fibreuse très ferme qui peut faire croire à la persistance de la greffe : il eût été intéressant ici de faire une radiographie et surtout de recueillir la pièce pour constater directement la persistance du transplant osseux.

Le second cas a trait à une jeune femme qui présentait un enfoncement du nez dû à la destruction de la cloison et à l'affaissement de son squelette. M. RICARD fendit les téguments du nez sur la ligne médiane, sépara la peau de la muqueuse et introduisit entre elles, sur la région dorsale du nez, le quatrième métacarpien qu'il extirpa à l'un des pieds de la malade : il réunit ensuite les téguments. Cette greffe fut tolérée : le transplant osseux fut remplacé par une masse fibreuse élastique et résistante qui maintint le résultat obtenu au point de vue de la forme. M. BERGER fait observer que le résultat ne peut être complet ; le nez reste court et plus ou moins épaté : quant à la résorption, elle n'a rien qui doive surprendre. M. BERGER pense que les greffes antoplastiques ne présentent peut être pas un avantage très grand à ce point de vue sur les greffes osseuses empruntées aux animaux et il est disposé à revenir à ces dernières

*** L'actinomycose ano-rectale est particulièrement rare et la thèse de GRILL n'en indique que sept cas. Aucun fait de ce genre n'a été mentionné en France. M. PONCET a actuellement, en cours de traitement, un malade atteint de cette espèce d'affection : il en présente de très belles photographies en couleurs dues à MM. Lumière. Il s'agit d'un homme de 58 ans, né dans la Creuse Sa maladie remonterait à une vingtaine d'années. Il eut, à ce moment, de la gêne pour aller à la selle, avec des douleurs et il remarqua qu'il était porteur d'une grosseur située autour de l'anus : au bout de quelques mois, cette tumeur s'ulcéra et donna issue à un liquide purulent. Aucun trouble nouveau pendant dix ans. A cette époque, douleurs et végétations péri-anales. Il y a huit mois, douleurs dans la miction avec urines sanguinolentes.

L'état général était satisfaisant. Au niveau de la région péri-anale, le malade est porteur de volumineuses végétations Il existe un suintement d'un liquide jaune verdâtre. Le sphincter est contracturé : toute la fosse ischio-rectale est indurée, ainsi que la vessie et la prostate.

Il se produisit, il y a quelque temps, une rétention d'urine à peu près complète On constata l'existence d'un calcul qui s'était creusé une loge dans la région prostatique. Au centre d'une pierre, on rencontra une graine végétale, dans une autre un piquant appartenant à la tige d'une graminée : le malade s'était introduit, quatre mois auparavant, un épi de blé.

L'examen du pus provenant des végétations anales démontre la présence de l'actinomyces. Actinomycose ano-rectale avec localisation secondaire dans le tissu cellulaire péri-vésical. Ablation au bistouri et au thermocautère de toutes les masses fongueuses. Rectotomie linéaire.

Histologie : le nombre des papilles est notablement augmenté ; en quelques points, la couche cornée a disparu. Le derme est épaissi, de nombreux faisceaux de tissu conjonctif le sillonnent en tous sens De place en place, îlots inflammatoires péri-artériels et interstitiels

Dans les coupes, on n'a pu retrouver de grains jaunes. Il s'agit d'une inflammation à prédominance sur le tissu conjonctif, par action sur ce tissu du parasite spécifique.

Actuellement, les plaies sont en bonne voie de cicatrisation, mais il y a incontinence absolue des fèces. Du côté de la vessie, les phénomènes ne se sont pas amendés. L'infiltration des tissus profonds du petit bassin et de l'étage périnéal supérieur n'a pas rétrocédé.

L'actinomycose ano-rectale est une rareté. Sur cent six cas d'actinomycose abdominale, sept fois le parasite a infecté le rectum, soit qu'il s'agit d'une inoculation directe, soit que l'atteinte ait été secondaire à l'envahissement d'un segment du gros intestin et surtout du cœcum et, généralement l'intestin est envahi à la suite de la pénétration du parasite par les voies supérieures. Les cas primitifs se produisent par pénétration directe du champignon dans le conduit rectal si, par exemple, le malade a été au contact direct de litières de paille. Dans le fait dont il s'agit, le malade, depuis quatre mois, avait coutume d'introduire des fragments de blé dans sa vessie, mais depuis vingt ans et plus, il le faisait sans doute, bien qu'il ne l'avoue pas. Il a dû y avoir infection primitive du bas-fond de la vessie

Le plus souvent, la forme rectale débute par de la diarrhée avec ténesme ; puis, le tissu cellulaire du creux ischio-rectal est intéressé et des collections se forment qui s'évacuent au dehors après avoir créé des excroissances cutanées. Le pus des fistules renferme les grains jaunes caractéristiques. Rapidement s'établit un rétrécissement du conduit.

La muqueuse est saine : le parasite la traverse sans la léser. Après avoir infecté la gaîne cellulaire et l'espace pelvi-rectal inférieur, il gagne la peau où il produit des fongosités L'actinomycose vésicale a une individualité moins tranchée : le diagnostic se fait par la constatation du champignon dans l'urine.

Le pronostic est peu favorable à cause des décollements multiples, de l'ouverture de la cavité péritonéale et des localisations éloignées ; en outre, des métastases sont possibles. La diarrhée devient cachectisante et les récidives ne sont que trop habituelles. Si l'iodure est inefficace, on recourra à l'incision et au drainage en n'espérant de l'opération qu'un succès relatif.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique Chirurgicale de la Charité

Occlusion intestinale par volvulus dans une hernie inguinale interstitielle acquise

Leçon clinique de M. le professeur **Dubar**, recueillie par M. le docteur **Potel**, chef de clinique

Messieurs,

Nous avons observé, il y a quelques jours, un cas d'occlusion intestinale par volvulus, c'est-à-dire par torsion de l'intestin autour de son axe mésentérique, dans l'intérieur d'une hernie inguinale.

Nous avons pu, nous basant sur la marche de l'affection, sur certains phénomènes anormaux, dont nous reparlerons tout à l'heure, porter le diagnostic d'étranglement intestinal à l'intérieur d'une hernie inguinale, préconiser une intervention immédiate et sauver notre malade.

Je désire vous entretenir en détail, aujourd'hui, de ce fait extrêmement intéressant, et étudier avec vous les différents mécanismes de ce mode d'étranglement.

Le 3 mai, au matin, j'étais appelé auprès d'une dame d'une quarantaine d'années, qui présentait depuis trois jours de vives douleurs abdominales et des vomissements répétés. Je fus frappé de son état d'anxiété.

Je l'interrogeai, et voici ce qu'elle m'apprit :

Le samedi 30 avril, au matin, elle ressentit pendant une promenade quelques douleurs dans la partie inférieure du ventre, accompagnées de tendances lipothymiques qui l'obligèrent à rentrer et à s'aliter. Les douleurs se répétèrent avec des paroxysmes très pénibles. Bientôt elles devinrent continues.

Survinrent des nausées, puis des vomissements d'abord alimentaires, ensuite bilieux. Ces vomissements se répétèrent toutes les heures, puis devinrent plus fréquents, coïncidant avec les paroxysmes de douleur.

Comme la malade n'avait pas eu de garde-robes depuis le jeudi précédent, on administra le soir un lavement qui resta sans effet. La nuit fut mauvaise, agitée. L'appétit était nul, mais la soif ardente.

Le dimanche matin, la malade prend un peu d'huile de ricin, qu'elle vomit presque immédiatement. Un lavement purgatif administré quelques heures plus tard amène une selle assez abondante. Néanmoins, la malade n'éprouve aucun soulagement ; le ventre reste ballonné, sensible. Les vomissements bilieux continuent.

Le lundi matin, la malade absorbe un peu d'eau purgative qui reste sans résultat : aucune émission de matières ni de gaz par l'anus.

La situation devient alarmante, l'estomac ne supporte rien, les vomissements sont fréquents, la malade, absolument prostrée, ne repose pas un seul instant.

J'examine le ventre et mon attention est attirée immédiatement par l'existence d'une tuméfaction allongée occupant la partie inférieure droite de l'abdomen, contiguë à l'arcade crurale, s'étendant de l'épine iliaque antéro-supérieure à la grande lèvre. Cette tuméfaction, qui surmonte le ventre généralement distendu, est ovoïde à grosse extrémité tournée du côté de l'épine iliaque. Elle offre à la percussion une sonorité complète, comme le reste de l'abdomen. A l'union de son quart interne avec ses trois quarts externes, on aperçoit un léger étranglement qui me paraît correspondre à l'orifice extérieur du canal inguinal.

La malade me dit que cette tuméfaction, à peine marquée à la fin de la semaine précédente, est devenue de plus en plus volumineuse depuis le début des accidents et qu'en particulier le quart interne n'est apparu que depuis la veille. Cette portion distend la grande lèvre et acquiert le volume d'un œuf de poule.

Précisant mon interrogatoire, j'arrivai à obtenir quelques commémoratifs intéressants :

La malade m'apprit qu'il y a deux ans, en janvier 1896, en essayant de retourner un matelas assez lourd, elle ressentit une douleur vive, localisée à la région inguinale droite. Cette douleur persista plusieurs heures et s'accompagna de nausées. Elle ne prêta aucune attention à cet accident et ne rechercha pas s'il y avait quelque chose d'anormal dans le pli de l'aine.

Un mois plus tard les mêmes accidents se reproduisirent dans des circonstances identiques. Cette fois, la malade s'aperçut qu'il existait dans le pli de l'aine une petite grosseur qui disparut après un repos de quelques jours. Depuis lors, il ne s'était présenté rien de bien particulier, sauf un peu de sensibilité au niveau de la région inguinale droite pendant la période menstruelle. La malade avait bien des alternatives de diarrhée et de constipation, mais cela ne l'empêchait point de mener sa vie ordinaire, assez fatigante, et de fournir des efforts souvent considérables.

Il ne me parut pas douteux que cette tumeur appa-

raissant dans la région inguinale droite à la suite d'un effort violent, disparaissant avec le repos, n'était autre chose qu'une hernie, et que les accidents que j'observais, constipation opiniâtre, absence de toute émission de gaz depuis quarante-huit heures, vomissements, tympanisme abdominal, etc., n'étaient que la traduction symptomatique d'un étranglement herniaire.

Néanmoins, plusieurs particularités m'inclinaient à penser qu'il ne s'agissait point d'une hernie ordinaire atteinte d'étranglement.

Le volume de cette tumeur était vraiment insolite. Du moins, je n'avais pas encore rencontré de hernie inguinale (et il ne pouvait s'agir que de cette variété de hernie, toute la racine de la cuisse jusqu'au ligament de Fallope étant libre) remontant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure.

La configuration de la tumeur aurait plutôt fait songer à une vaste éventration, si le prolongement dans la grande lèvre n'était pas sorti manifestement de l'anneau inguinal extérieur.

Et puis, cette tuméfaction était un peu dépressible. Elle ne présentait pas la tension ordinaire des hernies étranglées habituelles. De plus, bien qu'assez sensible dans toutes ses parties, elle ne présentait point, au niveau de l'orifice inguinal externe, siège probable de l'étranglement, cette douleur extrêmement exquise qui caractérise le pédicule des hernies étranglées.

L'examen minutieux de tout l'abdomen ne me faisait découvrir ni une tuméfaction limitée, ni un point particulièrement douloureux, qui aurait pu me faire admettre avec une hernie ou une éventration, une occlusion intestinale intra-abdominale.

Après mûre réflexion, le diagnostic me paraissait se poser dans les conditions suivantes. Il existe sûrement une obstruction intestinale. Il a existé une hernie qui, depuis quelques jours, est devenue la longue et large tuméfaction que j'observe au-dessus du pli de l'aine droit. C'est donc qu'il s'est passé, selon toutes probabilités, dans cette hernie quelque chose qui a amené l'occlusion intestinale. Et après avoir ainsi écarté l'étranglement herniaire ordinaire, je déclarai à MM. les docteurs Joire et Courmont, médecins de la malade, que, selon toutes probabilités, il s'agissait d'un véritable étranglement interne, dans l'intérieur d'une hernie.

Quant à pousser plus loin le diagnostic et à rechercher s'il s'agissait d'une bride, d'un volvulus, d'une invagination, etc..., il ne pouvait en être question. D'ailleurs ce complément de diagnostic n'a aucune importance, puisque dans tous les cas l'intervention s'impose, et que le diagnostic du mécanisme de l'étranglement se fait au cours de l'opération.

Je déclarai donc l'intervention nécessaire, urgente, si l'on voulait éviter les accidents de gangrène de l'intestin et de péritonite septique.

La malade fut transportée à la Maison de Santé et je l'opérai deux heures après.

Je fis, suivant le grand diamètre de la tuméfaction, parallèlement à l'arcade crurale, une longue incision qui mit à découvert l'aponévrose du grand oblique de l'abdomen, l'anneau inguinal externe et le sac contenu dans la grande lèvre.

Ce dernier ouvert, nous trouvâmes dedans, sans interposition de liquide, une anse d'intestin fortement distendue, très congestionnée, d'aspect brun noirâtre. L'anneau inguinal extérieur était intimement appliqué sur l'intestin, mais je pus facilement introduire au-dessous de lui une sonde cannelée et le sectionner parallèlement à l'incision extérieure.

Je vis alors que le sac se continuait sous l'aponévrose du grand oblique, qu'il avait dissocié et refoulé les fibres du petit oblique et du transverse, et s'était creusé une loge dans ces muscles jusque sous le péritoine pariétal. Je fendis le sac jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. L'anse intestinale contenue dans la grande lèvre ne présentait pas de trace bien apparente de constriction au niveau de l'anneau inguinal extérieur. Elle se continuait en haut et disparaissait sous une autre anse également tendue et congestionnée.

Je cherchais à soulever cette anse, à l'attirer au dehors. Je ne pus y réussir. Je m'aperçus qu'elle était reliée par son bord libre sur une étendue de neuf à dix centimètres à une portion de la face interne du sac avoisinant un anneau fibreux, large, profond,

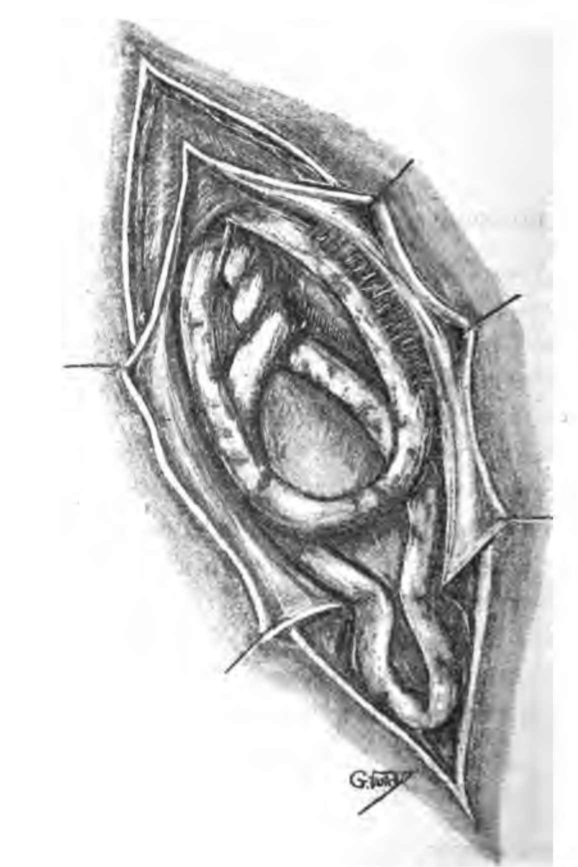


Schéma destiné à montrer les rapports des anses intestinales. On n'a pas figuré de mésentère pour que le schéma soit plus simple.

admettant facilement un doigt, qui, par sa situation, ne pouvait être que l'anneau inguinal intérieur. Là, pas de striction, pas d'étranglement. Les adhérences que je viens de signaler étaient peu larges (un centimètre à peu près), épaisses, extrêmement solides, fibreuses et vasculaires. Elles retenaient la deuxième

anse d'intestin, tendue comme un pont et intimement appliquée sur la première, c'est-à-dire sur celle qui se prolongeait dans la grande lèvre. D'ailleurs le schéma que voici vous fera parfaitement comprendre les rapports respectifs des anses intestinales herniées.

J'insinuai un doigt au-dessus et au-dessous de ce pont et je sentis quelque chose de très dur, de résistant, donnant, sauf les petites bosselures qui manquaient, la sensation d'un rétrécissement cancéreux de l'intestin.

J'appliquai des pinces longues sur les adhérences et je les sectionnai à ras du bord libre de l'intestin. Aussitôt la deuxième anse fut dégagée. Je la renversai en dehors et en haut, la détachant des parties profondes avec beaucoup de précaution au moyen des doigts et des ciseaux.

La nature de l'étranglement apparut aussitôt. La deuxième anse sortant comme la première par l'anneau inguinal profond avait subi une double rotation de droite à gauche autour de son axe mésentérique. Le corps dur que j'avais senti n'était autre que le mésentère et l'intestin enroulé en volvulus. Il fallut détruire quelques adhérences molles qui s'étaient déjà formées, pour dérouler l'anse intestinale.

Je m'assurai qu'il n'y avait aucune perforation de l'intestin, que les gaz et les matières circulaient dans les anses, et je les réduisis dans la cavité abdominale.

Je terminai l'opération par la cure radicale. J'enlevai tout le sac jusqu'au delà de l'anneau inguinal profond, c'est-à-dire jusqu'à la graisse sous-péritonéale. Après avoir fermé la séreuse péritonéale à la soie, je suturai la plaie par un double surjet profond, l'un amenant l'occlusion de l'anneau inguinal très large, l'autre réunissant l'aponévrose du grand oblique. La peau fut suturée aux crins de Florence.

Les suites opératoires furent excellentes. Dès le soir, il y eut une abondante émission de gaz par l'anus. Les vomissements cessèrent. La première garde-robe eut lieu le troisième jour. Le lendemain j'enlevai le drain. La réunion se fit par première intention le seizième jour. L'appétit est revenu. J'espère que la malade pourra se lever dans quelques jours et sera bientôt complètement guérie.

Les faits de ce genre sont rares. Il n'en existe que quelques cas dans la littérature médicale. Vous en trouverez quelques-uns dans la thèse de Maunoury (*Considérations sur l'étranglement interne du canal intestinal*, Paris, 1819) sous les rubriques : *Etranglement par des brides et particulièrement étranglement formé par l'entrecroisement de l'intestin hernié*, et dans la thèse de Mougeot (*Pseudo-étranglement causé par des adhérences de l'intestin hernié*, Paris 1874).

La plupart de ces faits ont été étudiés et sériés par mon maître et ami le professeur P. Berger dans l'article : *Accidents des hernies*, du Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, sous la rubrique : *Occlusions intestinales siégeant dans l'intérieur du sac herniaire. Etranglements internes dans une hernie.*

M. Berger distingue sept catégories :

1° Torsion de l'intestin ou volvulus. Notre cas est un bel exemple de cette variété d'étranglement ;

2° Coudure brusque de l'intestin par adhérences ;

3° Etranglement causé par des brides saillantes dans le sac herniaire ;

4° Etranglement formé par l'épiploon, soit que celui-ci adhère à la paroi et forme une bride, soit qu'il s'enroule autour d'une anse intestinale, soit qu'il présente une perforation à travers laquelle s'engage et s'étrangle l'intestin ;

5° Etranglements produits par un diverticule de l'intestin qui s'est enroulé autour d'une anse ;

6° Etranglements dans les anneaux ou diaphragmes que l'on rencontre dans les hernies congénitales ;

7° Etranglement de l'intestin à travers une perforation du sac.

Sauf pour ces deux dernières catégories, les occlusions sont préparées par une inflammation habituellement lente de la hernie.

Mais je vous le répète, ces cas si intéressants par leurs symptômes et leur pathogénie, sont extrêmement rares.

C'est pourquoi je n'ai pas voulu laisser passer cette observation, si curieuse, sans vous en entretenir un instant et vous montrer combien sont divers et variés les modes d'occlusion du canal intestinal, à l'intérieur des hernies. Il y a lieu également de vous faire remarquer que les cas où le diagnostic d'étranglement dans une hernie a été porté avant l'opération sont absolument exceptionnels.

Note sur un cas de linite plastique

par **D. Verhaeghe**, interne des hôpitaux

Dernièrement, nous présentions à la Société de médecine de Lille une pièce recueillie au cours d'une autopsie pratiquée, à l'Hospice-Général, sur une femme morte dans le service, sans que l'on ait formulé de diagnostic précis.

Il s'agissait d'un estomac présentant tous les caractères macroscopiques de la linite plastique de Brinton.

La nature de cette affection étant encore en discussion, nous croyons intéressant et utile de rapporter ici les résultats que nous a donnés l'étude microscopique de cette pièce.

Observation. — La nommée D. A..., 60 ans, entre

le 15 mai 1898, à l'infirmerie de l'Hospice-Général, d'une part pour des douleurs dans le dos et au creux épigastrique; d'autre part pour des vomissements répétés.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Ses parents sont morts de vieillesse. A eu trois enfants, morts tout jeunes, à la suite de convulsions.

Antécédents personnels. — La malade nous dit avoir eu jadis une bronchite et des douleurs rhumatismales. Nous ne trouvons rien qui puisse nous faire penser à la syphilis. Alcoolique avérée. Jusqu'à sa mort, elle a continué à vouloir boire son petit flacon d'alcool journalier.

Histoire de la maladie. — Il y a environ un an que la malade se plaint de troubles digestifs. A cette époque, elle est déjà entrée dans notre salle pour des symptômes à peu près identiques à ceux qu'elle présente aujourd'hui (douleurs, vomissements).

Depuis un an, elle ne peut plus manger d'aliments solides. Son alimentation consistait en lait et en œufs. « Et encore, nous dit-elle, si je mangeais trop à la fois je vomissais immédiatement le tout ». En outre, il lui arrivait fréquemment de vomir, entre ses repas, de l'eau, des substances glaireuses plus ou moins jaunâtres. Jamais elle n'a présenté de vomissements de sang.

Etat actuel. — Actuellement, la malade est *très amaigrie*, presque cachectique. Très faible et vite fatiguée, elle rend notre interrogatoire et notre examen très difficiles, et par suite nos renseignements sont forcément incomplets.

Facies un peu terreux; mais il ne présente *pas la teinte jaune paille* caractéristique des cancéreux. Les paupières sont un peu bouffies. Pas de céphalalgie. Langue sale. Pouls régulier, mais faible. Artère radiale athéromateuse.

La malade accuse une *douleur* très vive, continue au *creux épigastrique* et au niveau de la *colonne vertébrale*, avec irradiations au côté droit. Douleur spontanée et exagérée par la pression.

L'*alimentation n'est plus possible*. A peine peut-elle avaler une ou deux gorgées à la fois; et encore, la plupart du temps, soit immédiatement, soit quelques minutes après, elle rend ce qu'elle a ingéré. Si elle continue à boire ou à manger, *régurgitation immédiate*.

Les selles sont rares et très abondantes. Urines rouges, très pigmentées.

L'examen de la région épigastrique, difficile à cause de la douleur, ne nous donne aucun renseignement.

A l'auscultation pulmonaire, nous trouvons quelques râles en arrière et à droite.

Le cathétérisme de l'œsophage, l'étude du chimisme stomacal, l'analyse des urines n'ont pu être faits, les éléments nécessaires à de pareilles recherches, si importantes cependant pour le diagnostic, n'existant pas encore dans l'arsenal que fournit l'Administration des Hospices aux médecins traitants de l'Hospice-Général.

Diagnostic clinique. — Quoi qu'il en soit, si cet examen incomplet ne nous permettait pas de poser un diagnostic précis et par suite d'établir un traitement rationnel, nous inclinions plutôt à croire, étant donnée la régurgitation immédiate des aliments, à un *rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage*, d'origine inconnue.

Traitement. — Le traitement fut quelconque. Inutile d'y insister.

La malade alla s'affaiblissant tous les jours. Le 21 et le 22 mai, elle eut quelques vomissements de sang en faible quantité. Elle mourut le 24.

Autopsie (faite le 26 mai). — Le corps est dans un état de maigreur extrême. Paroi abdominale déprimée en bateau. A l'ouverture du corps, les organes paraissent en général rapetissés, ratatinés. Il paraît y avoir une atrophie générale de tous les organes. L'étude particulière de chacun d'eux nous montrera d'ailleurs qu'il en est ainsi.

Appareil respiratoire. — *Poumons* revenus sur eux-mêmes, anthracosés, crépitant sous le doigt. Par endroits, à la surface, ou à quelque distance de la surface, de petits corps durs, gros comme une lentille, donnant entre les doigts la sensation d'un petit caillou. A la coupe, ces petits corps nous offrent une coloration noire, avec souvent, au centre, une petite cavité remplie d'une bouillie également noire.

Quelques *adhérences pleurales* du poumon droit.

A la coupe du poumon, le tissu pulmonaire est rouge, surtout dans les lobes de la base; les bronches sont remplies d'une grande quantité de liquide spumeux.

Au niveau des hiles pulmonaires, *ganglions* durs, noirâtres. A quelques centimètres en dessous de la bifurcation trachéale, en dedans et en arrière de la bronche droite, se trouve une masse indurée, formée par trois gros ganglions, noirs, que le couteau entame difficilement, et qui, à la coupe, nous présentent un tissu noir, charbonneux.

Appareil circulatoire. — Un peu de liquide dans le *péricarde*. *Cœur* très petit, diminué au moins de un tiers, si ce n'est de la moitié de son volume normal. Rien aux orifices. Quelques plaques d'athérome, assez rares, sur l'*aorte*.

Foie. — Le volume du foie paraît normal. Un peu de *périhépatite* caractérisée par quelques adhérences aux organes voisins. La *capsule de Glisson* se laisse en général décortiquer facilement. Par endroits, toutefois, elle entraîne avec elle un peu de tissu hépatique.

La *vésicule biliaire*, atrophiée, contient une substance gélatiniforme, grisâtre, filante et gluante.

Mou et pâle à la coupe, se déchirant facilement, le *foie* nous semble atteint de dégénérescence graisseuse. Par endroits, nous trouvons de petits espaces d'une coloration jaune verdâtre, due à la bile, ce qui nous semble indiquer un peu de rétention biliaire. Cette rétention biliaire s'expliquerait par la compression et l'effacement du *canal cholédoque* dans une gangue fibreuse jusqu'au duodénum. Dans le duodénum, nous n'avons d'ailleurs trouvé aucune trace de bile. (Nous rappelons ici que les urines étaient très pigmentées. Il est regrettable que leur analyse n'ait pu être faite).

Dans cette gangue fibreuse, sont en outre englobés

la tête du pancréas et le canal cystique. Une coupe faite au niveau du *canal cystique* nous montre un tissu blanchâtre, lardacé, criant sous le couteau. Le canal cystique devait être oblitéré complètement.

Rate. — Atrophiée. *Périsplénite* caractérisée par des adhérences très fortes au diaphragme, à la partie supérieure du rein gauche, et à l'angle formé par le côlon transverse et le côlon descendant. L'*épiploon gastro-splénique* et le *ligament pancréatico-splénique* sont épaissis, indurés, racornis, et pour séparer la rate de l'estomac, on est en quelque sorte obligé de sculpter aux ciseaux à travers cette masse indurée.

A la coupe, la *rate* est dure, et présente une hypertrophie considérable des travées fibreuses.

Reins. — Petits, lobulés, avec, sur le rein droit, un petit kyste. La décortication est en général assez facile, mais par endroits, des fragments de tissu rénal s'arrachent, adhérents à la capsule. A la coupe, la couche corticale ne paraît pas relativement diminuée. Dans la couche médullaire, les pyramides de Malpighi ont une couleur rouge brun très foncée.

L'*appareil génital* ne présente rien à noter.

Le *cerveau* et la *moelle* n'ont pas été examinés.

Tube digestif. — L'*œsophage* ne présente rien de particulier.

L'*intestin grêle* et surtout le *gros intestin* sont rétractés, tassés, et ne présentent dans leur totalité qu'un volume relativement faible.

Le *grand épiploon* est également très rétracté, mais en même temps épaissi, surtout à son attache au côlon transverse et à la grande courbure de l'estomac.

C'est l'*estomac* qui nous présente les lésions les plus curieuses.

Au premier abord, il nous paraît atrophié, diminué dans son volume général ; et à la simple inspection, n'étaient sa couleur blanchâtre et sa résistance au toucher, on aurait pu le prendre pour une portion du gros intestin.

Nous le séparons du reste du tube digestif par deux sections, l'une à la partie inférieure de l'œsophage, l'autre à travers la première portion du duodénum — et nous le libérons, parfois par un véritable travail de *sculpteur*, des adhérences solides qu'il a contractées sur sa face postérieure, principalement au niveau du pylore et du cardia, d'une part avec la tête du pancréas et cette gangue fibreuse dont nous avons parlé plus haut à propos du foie — d'autre part, avec la rate, la queue du pancréas et la gangue fibreuse que nous avons signalée à ce niveau à propos de la rate. Puis nous sectionnons le grand épiploon épaissi.

L'estomac, ainsi enlevé, est un véritable boyau, très dur au palper, dont la surface extérieure, blanchâtre, est lisse sur presque toute son étendue, sauf au niveau des adhérences sus-mentionnées. Son diamètre transversal varie de trois centimètres et demi à quatre dans presque toute son étendue ; toutefois, au niveau de la grosse tubérosité, il atteint six centimètres et demi.

Au niveau des grande et petite courbures nous voyons l'insertion des grand et petit épiploons. Ce qui reste de ces épiploons se présente sous l'aspect de tissus fibreux, durs, épaissis. C'est près du pylore que l'épaississement de ces attaches épiploïques est le plus grand ; il y atteint, sur la grande courbure, jusqu'à un centimètre et demi à deux centimètres ; au même niveau, mais sur la petite courbure, nous trouvons, adhérent à l'estomac, un bloc fibreux, dur, épais de plus de deux centimètres et qui se continuait (quand l'estomac était en place) avec la masse fibreuse englobant le cholédoque.

Par le cardia, une faible quantité de liquide louche s'échappe. Si, par le cardia, nous faisons passer à l'intérieur de l'estomac un courant d'eau, la région de la grosse tubérosité se dilate un peu, et bientôt l'eau ressort par le cardia sans que *rien* ne s'écoule par l'orifice duodénal. Nous répétons l'expérience du côté du duodénum ; la partie duodénale seule se dilate, et *rien* ne passe par le cardia. La même expérience répétée plusieurs fois nous donne toujours le même résultat.

Nous pensons immédiatement à une obstruction complète de l'estomac : L'estomac est ouvert tout près de la grande courbure et parallèlement à elle. Nous constatons alors les faits suivants : la paroi de l'estomac est dure et crie sous le ciseau. Sa coupe, blanchâtre, lardacée, nous offre une épaisseur qui va en s'accroissant progressivement du cardia jusqu'au pylore. Au niveau de ce qui est le vestige de la grosse tubérosité, cette épaisseur est d'environ trois à quatre millimètres. Vers le milieu de la grande courbure, elle atteint sept à huit millimètres. Au voisinage du pylore elle est de dix à quinze millimètres.

En même temps, la cavité stomacale se rétrécit de plus en plus et à quelque distance du pylore, elle n'est plus, en quelque sorte, que virtuelle.

La muqueuse paraît lisse, nue, comme abrasée. Elle présente toutefois quelques plis au niveau de la grande courbure. Dans la région voisine du cardia existent quelques taches ecchymotiques.

En résumé, les altérations rencontrées au cours de cette autopsie sont :

1° Une atrophie générale des organes (cœur, poumons, rate, reins) ;

2° Une hypertrophie considérable des parois de l'estomac, jointe à une réduction de la cavité gastrique aboutissant, au niveau de la région pylorique, à un resserrement tel des parois que l'on n'est pas éloigné de croire à une occlusion totale de cette région, d'autant plus que les expériences pratiquées par nous démontraient l'imperméabilité absolue de l'estomac.

3° Un épaississement, une rétraction, une sclérose très prononcée des divers épiploons, formant au niveau des épiploons gastro-splénique et gastro-hépatique des blocs de tissu fibreux englobant le foie, la rate et le pancréas et les soudant si intimement à l'estomac qu'on ne put les en séparer que par un véritable travail de *sculpteur*.

Or, ces différentes lésions sont les mêmes que celles sur lesquelles se basèrent un certain nombre d'auteurs, en particulier BRINTON, HANOT et GOMBAULT, pour différencier une affection spéciale qu'ils décrivent sous le nom de linite plastique (BRINTON) ou de sclérose sous-muqueuse hypertrophique (HANOT et GOMBAULT).

Cette affection étant relativement rare, et encore assez peu connue quant à sa nature, nous avons voulu joindre un document de plus à ceux déjà publiés et nous avons remis la pièce au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, où elle a été examinée.

Deux coupes ont été spécialement étudiées : l'une, faite au niveau de la région pylorique ; l'autre, faite au niveau de la grande courbure (1).

Voici la note qu'a bien voulu nous dicter M. le professeur CURTIS lui-même :

A. COUPE DE LA RÉGION PYLORIQUE, PERPENDICULAIRE AU GRAND AXE DU PYLORE. — Cette coupe donne une épaisseur d'environ dix millimètres. On y distingue nettement à l'œil nu les couches qui forment la paroi de l'estomac. La sous-muqueuse, très épaissie, atteint jusqu'à cinq millimètres ; la tunique musculaire paraît dissociée par des tractus conjonctifs et mesure environ quatre à cinq millimètres ; la couche musculaire superficielle à fibres longitudinales mesure environ deux millimètres. Quant à la muqueuse proprement dite, elle apparaît, limitée par sa musculaire muqueuse, sous forme d'une traînée d'environ deux millimètres d'épaisseur.

Au microscope : la *muqueuse*, sur la plus grande partie de son étendue, est encore séparée des couches sous-jacentes par une musculaire muqueuse assez complète. Elle renferme des glandes gastriques dont les parties superficielles ont naturellement perdu leur revêtement épithélial, comme c'est de règle dans les muqueuses recueillies aux autopsies. Vers le milieu de l'épaisseur de la muqueuse, on retrouve des glandes avec leur revêtement épithélial d'autant mieux conservé qu'on se rapproche davantage de la musculaire muqueuse. Bon nombre de cellules toutefois ont subi la dégénération cadavérique : transformation granuleuse, gonflement et éclatement du protoplasma.

Autour de la partie profonde des glandes, existent çà et là des îlots de leucocytes formant de véritables petites follicules. Ces formations sont plus abondantes qu'à l'état normal.

(1) Nous devons ces coupes à l'obligeance de notre aimable collègue, M. RAVIART.

En plusieurs points de la coupe, la *musculaire muqueuse* se fragmente, se dissocie et livre passage à des tubes glandulaires revêtus d'un épithélium cylindrique à protoplasme plus foncé, se colorant plus fortement que celui des cellules des glandes proprement dites. Ces tubes glandulaires pénètrent ainsi entourés de traînées de leucocytes jusque dans la sous-muqueuse où ils se ramifient et donnent naissance à une prolifération très abondante de canaux ramifiés dont on perd bientôt la continuité sur la coupe.

Toute la *sous-muqueuse* épaissie et dont la trame est transformée en un tissu conjonctif dense, d'aspect fibreux, se trouve criblée d'une infinité d'orifices glandulaires dont la continuité avec les glandes gastriques se montre évidente en plusieurs points. On a donc bien sous les yeux un véritable *épithélioma cylindrique* de l'estomac proliférant au milieu d'une sous-muqueuse hypertrophiée et fibreuse.

Mais là ne s'arrête pas l'envahissement néoplasique.

Si on passe à l'examen de la *couche musculeuse*, on reconnaît en effet que les deux plans de fibres longitudinales sont complètement dissociés par des tractus de tissu conjonctif envahis eux-mêmes par des tubes glandulaires à lumière parfaitement nette, à épithélium cylindrique, et renfermant même par places des produits de sécrétion coagulés sous forme de boules ou d'amas colloïdes. Les tubes glandulaires par places se pelotonnent entre les fibres musculaires et forment comme des sortes de petits glomérules glandulaires d'où s'échappent de nouveau des tubes qui s'en vont se perdre entre les plans de fibres lisses. On retrouve des tubes épithéliaux jusqu'à la surface de la couche musculaire longitudinale superficielle, c'est-à-dire jusqu'au voisinage du revêtement péritonéal.

Le *revêtement péritonéal* manque sur cette coupe.

Les vaisseaux de la tunique sous-muqueuse présentent la plupart une hypertrophie énorme de leurs parois. Il existe de l'endartérite très prononcée avec réduction de la lumière vasculaire, ainsi que de la périartérite.

En beaucoup de points les tubes cancéreux, aussi bien dans la tunique sous-muqueuse que dans la musculaire, perdent leur individualité. Les cellules épithéliales cancéreuses se tassent les unes contre les autres et le cancer prend la forme alvéolaire. Au niveau de ces points un certain nombre d'éléments commencent à subir la transformation muqueuse.

B. Coupe au niveau de la grande courbure. — La totalité des parois mesure sept à huit millimètres. Il est impossible à l'œil nu de distinguer ici la superposition des plans, ce qui tient, comme le démontre l'examen histologique, à un état avancé de la lésion.

Au microscope : la *muqueuse* existe, mais méconnaissable. Toute la partie superficielle des glandes est abrasée ; toute la partie profonde ne forme plus qu'une nappe continue de cellules épithéliales disposées par places encore en traînées tuberculeuses, mais agglomérées le plus souvent en amas au milieu d'un réticuium de tissu conjonctif et présentant en somme l'aspect de l'infiltration cancéreuse alvéolaire.

Ici, plus de *musculaire muqueuse* reconnaissable, si ce n'est à l'état de petites traînées dissociées par ci par là. Immédiatement, on tombe dans la *sous-muqueuse* qui, elle, est, comme précédemment, transformée en une nappe de tissu conjonctif adulte d'aspect fibreux, au milieu duquel on trouve de nombreux tubes glandulaires compris en long et en travers et revêtus d'un épithélium cylindrique bien distinct.— Dans la sous-muqueuse, l'infiltration cancéreuse reprend par places l'aspect alvéolaire, par suite de l'envahissement et du tassement des tubes les uns contre les autres.

La *tunique musculeuse*, aussi bien dans sa couche circulaire que dans sa couche longitudinale superficielle, est pénétrée de toutes parts par la prolifération du néoplasme, prolifération qui paraît ici véritablement désordonnée. Les interstices des faisceaux musculaires dissociés sont en effet bourrés d'amas épithéliaux tellement serrés que la trame disparaît presque. En d'autres points, des tubes glandulaires encore visibles se montrent coupés en long, en travers et établissent la continuité entre les régions à structure alvéolaire et celles où le néoplasme s'accuse encore comme épithélioma cylindrique.

Amas à structure alvéolaire et tubes glandulaires pelotonnés se retrouvent dans la couche musculaire superficielle, et même jusque dans une partie du *grand épiploon* qui est resté adhérent à la coupe. C'est ainsi que dans une masse de tissu épiploïque, situé au moins à cinq millimètres de distance de la paroi stomacale, on retrouve des tubes glandulaires pourvus d'un épithélium cylindrique et des amas de cancer alvéolaire. Comme dans la coupe précédente, on observe dans toute sa beauté l'endartérite et la périartérite cancéreuse.

Enfin, on retrouve en beaucoup de points une tendance à la transformation muqueuse des cellules. Il n'existe cependant nulle part de nodules véritablement muqueux, comme on en trouve dans le cancer colloïde.

En somme, cet estomac paraît atteint à la fois d'une lésion scléreuse ayant entraîné l'hypertrophie et la transformation fibreuse de la sous-muqueuse, et d'une altération destructive caractérisée par l'envahissement de toutes les parois par des bourgeons épithéliaux. Il existe donc un véritable cancer qu'on peut qualifier du nom d'*épithélioma cylindrique*. Cet épithélioma, par places, devient atypique et passe à la forme alvéolaire. En d'autres points, il a une légère tendance à devenir colloïde, mais il conserve en général, et même jusque dans les couches du tissu péritonéal, son caractère tubuleux. La lésion paraît plus avancée au niveau de la grande courbure qu'au niveau du pylore. Il s'agissait donc d'un néoplasme qui paraît avoir débuté plutôt par l'une des faces de l'estomac que par l'orifice pylorique.

L'hypertrophie, la sclérose de la sous-muqueuse, la pénétration du tissu conjonctif dans la musculeuse sont d'autre part des lésions qui rappellent exactement celles que l'on a décrites dans ces formes de gastrites, dites gastrite hypertrophique ou linite plastique de Brinton (1). Et c'est en effet à cette dernière lésion que faisait songer l'examen microscopique de la pièce.

Cette observation nous invite à quelques considérations assez intéressantes. Tout d'abord, il est curieux de noter l'évolution que fit dans notre esprit le diagnostic de l'affection dont est morte notre malade.

Rétrécissement œsophagien, avons-nous cru d'après notre examen clinique. L'autopsie nous montre une *linite plastique*, et l'examen histologique nous force à dire *cancer de l'estomac*.

Mais, si l'autopsie nous fait reconnaître une erreur de diagnostic clinique, cette même autopsie nous explique notre erreur. L'estomac, ainsi rétracté, réduit à un véritable tube, dont les parois rigides ne peuvent plus se dilater, n'est plus autre chose que le prolongement de l'œsophage, et la sténose pylorique joue le rôle d'un rétrécissement œsophagien. La malade est d'abord obligée de renoncer aux aliments solides qui ne pas-

(1) Comme dans les cas signalés par Hanot et Gombault (*Arch. de physiol.*, 1882), il existait ici de la rétraction et de l'épaississement du grand épiploon, de la rétro-péritonite calleuse, et de la sclérose du tube hépatique avec oblitération du cholédoque et absence d'ictère.

sent plus et qu'elle rend aussitôt ingérés ; puis le même fait se produit pour les liquides ; peu à peu, l'alimentation ne se fait plus, et la malade meurt, non pas de cachexie cancéreuse, mais d'inanition.

Cette inanition continue et progressive, jointe à l'intoxication alcoolique prolongée, nous suffit à expliquer d'autre part l'atrophie des différents viscères.

Mais une question se pose. Comment expliquer la rétraction de l'estomac accompagnant une sténose pylorique aussi accentuée que celle présentée par la malade? Nous savons, en effet, et cela se comprend aisément, que la sténose pylorique entre pour une grande part dans la pathogénie de la dilatation stomacale ; et couramment, l'on associe ces deux lésions : sténose du pylore, dilatation de l'estomac, la seconde n'étant que la résultante de la première.

Or, ici, nous avons bien la sténose du pylore, mais la dilatation de l'estomac est remplacée par une rétraction et une rétraction très accusée.

Ce sont là des faits assez rares. M. HAYEM en a rapporté, croyons-nous, trois cas, et MM. CAUSSADE et RENON en citent un quatrième (1).

Pour M. HAYEM, la cause se trouve dans une intolérance gastrique absolue, ou dans l'existence d'adhérences rattachant la paroi stomacale aux organes voisins. MM. CAUSSADE et RÉNON expliquent leur cas en se basant sur la suppression du sphincter pylorique (reconnue à l'examen microscopique), d'où incontinence, écoulement continu des aliments, perte de la fonction de l'estomac, qui, s'adaptant à son rôle purement mécanique, s'atrophie.

Cette dernière explication ne peut s'adapter à notre cas, l'examen microscopique nous ayant fait constater la persistance des couches musculaires dans la région pylorique. Nous ne croyons pas que les raisons invoquées par M. HAYEM puissent davantage s'appliquer ici ; peut-être, les adhérences, sous forme de rétropéritonite calleuse...... mais, nous ne voulons pas insister. D'après l'examen histologique, la lésion sclérosante et néoplasique paraît avoir débuté par l'une des faces de l'estomac plutôt que par le pylore. Peut-être, quand la sténose s'est constituée, les parois stomacales sclérosées, rigides, n'étaient-elles plus capables de se dilater ?

Reste une dernière remarque à faire. Une affection, qui se présente et évolue avec l'aspect macroscopique

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 1897.

de la linite plastique, qui, de plus, en présente même les caractères histologiques (hypertrophie et sclérose de la sous-muqueuse, pénétration de tissu conjonctif dans la musculeuse), cette affection, nous dit le microscope, n'est pas autre chose qu'un cancer de l'estomac. Devons-nous en conclure que le cancer de l'estomac peut évoluer avec l'aspect macroscopique de la linite plastique, en conservant à ces deux termes leur sens d'affections différentes ?

Ne devons-nous pas plutôt penser qu'il y a là, dans cette association si nette des deux lésions — épithélioma, linite — une indication sur la nature de la maladie de BRINTON ?

Actuellement, nous nous trouvons en présence de trois opinions distinctes sur la nature de la linite :

« La linite plastique est une affection secondaire à la gastrite chronique, c'est une affection néoplasique maligne, c'est une affection primitive du tissu cellulaire, de nature encore indéterminée » (1).

La première opinion a été soutenue par HANOT et GOMBAULT (2). La dernière est défendue par M. BOUVERET (3). Quant à la nature néoplasique, cancéreuse, de la linite plastique, après avoir été indiquée par BRINTON lui-même, qui ne veut pas se prononcer, faute de documents, elle fut défendue depuis par M. GARCET (de Lyon) en 1892, et par MM. BRET et PAVIOT (4).

Tout récemment, en 1896, MM. CHAPUT, CORNIL et PILLIET nièrent la nature cancéreuse de la linite. Ils déclarent que les amas de cellules d'aspect épithélioïde décrits par MM. BRET et PAVIOT, et sur lesquels ceux-ci se basaient pour soutenir la nature cancéreuse de l'affection, ne sont pour eux autre chose que « très probablement des cellules endothéliales gonflées et comblant la lumière des vaisseaux lymphatiques » (5).

Peut-être notre cas où nous voyons le cancer de l'estomac avec sa forme typique d'épithélioma cylindrique évoluer sous l'aspect macroscopique de la linite plastique ; où, bien plus, nous constatons au microscope le développement simultané des lésions du cancer et de celle de la sclérose sous-muqueuse hypertrophique, peut-être pourra-t-il contribuer à élucider ce point encore si obscur : la nature de la linite plastique.

(1) HAYEM et LION. — Maladies de l'estomac, in Traité de médecine de BROUARDEL et GILBERT. T. IV, p. 465.
(2) Archives de Physiologie, 1882.
(3) Traité des maladies de l'estomac, 1893.
(4) Contribution à l'étude de la linite plastique. Revue de médecine, 1894, p. 384.
(5) CHAPUT. — Linite hypertrophique non cancéreuse. Bulletin de la Société anatomique. Février 1896.

A propos de l'étiologie héréditaire de l'hystérie

par le docteur **Vanherseeke**, de Zeggers-Cappel.

Il est curieux de noter que l'hystérie ne se rencontre pas partout avec la même fréquence. Ainsi les cas d'hystérie sont vingt fois plus nombreux, par rapport au pourcentage total des malades, à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, que dans le pays où nous exerçons la profession médicale. Comme d'autre part, même dans cette campagne à climat maritime, l'hystérie se rencontre, il serait faux d'incriminer l'air des villes comme un des facteurs de l'hystérie, puisque cette affection se déclare même chez ceux qui ne sont jamais sortis du pays.

Ayant eu, par notre situation, l'occasion de connaître la pathologie familiale, ce que l'on ne peut guère à l'hôpital, nous nous sommes décidé à rechercher de visu les antécédents héréditaires directs des hystériques soumis à notre examen.

Nos observations se sont bornées exclusivement aux hystériques présentant, outre les symptômes ordinaires, boule, clou, rétrécissement du champ visuel, troubles de la sensibilité, etc., des attaques nettes d'hystérie convulsive.

Voici la relation de ces cas uniquement au point de vue de l'hérédité directe.

Premier cas. — Jeune fille de dix-huit ans. Première attaque à treize ans. Les crises persistent encore actuellement. Hérédité : Le père est atteint de rhumatisme goutteux ; la mère présente des signes d'alcoolisme chronique.

Deuxième cas. — Jeune fille de quinze ans. Convulsions hystériques. Hérédité : le père présente des accès d'asthme. La mère est morte il y a deux ans d'un cancer du sein.

Troisième cas. — Demoiselle de quarante-cinq ans. Hystérie à grandes attaques. Hérédité : le père est atteint de rhumatisme goutteux ; la mère est extrêmement obèse. Cette famille qui compte aussi deux fils présente encore ces autres particularités : l'un des fils, l'aîné, est asthmatique, le second est porteur d'un bec de lièvre. Les facultés intellectuelles sont des plus restreintes : jamais il n'est parvenu à apprendre ni à lire, ni à écrire.

Quatrième cas. — Jeune garçon de neuf ans. Hystérie très nette. Hérédité : le père est alcoolique et tuberculeux ; la mère est atteinte d'eczéma.

Cinquième cas. — Jeune fille de vingt-trois ans. Grandes attaques. Hérédité : le père a succombé, il y a quatre ans, à un cancer du rectum, la mère a déjà eu deux accès de rhumatisme articulaire aigu.

De ces observations trop peu nombreuses à la vérité, il est difficile de tirer une conclusion générale. Toutefois une remarque s'impose : dans tous les cas rapportés plus haut, l'hérédité se rapporte à des affections que Bouchard a désignées sous le nom de maladies par ralentissement de la nutrition. Bornons-nous donc à noter que, dans les quelques cas de notre observation, l'hystérie se présente comme le type nervin héréditaire de l'arthritisme.

VARIÉTÉS

Corps étrangers des fosses nasales

M Bousquet rapporte que l'enfant d'un médecin, s'étant introduit un haricot dans les narines, le père, affolé, appliqua sa bouche sur le nez du patient et se livra à une série d'aspirations brusques et saccadées qui amenèrent le corps étranger.

Intérêts Professionnels

Pharmacien. — Exécution des ordonnances du médecin

Un médecin ordonne, pour un enfant de 14 mois, une potion contenant 24 gouttes de liqueur ammoniacale anisée. Quel est le devoir du pharmacien chargé de préparer semblable ordonnance ?

La question vient d'être tranchée par un jugement du tribunal correctionnel de la Seine, en date du 20 mai 1898 (*La Loi* du 21 mai), dans les circonstances suivantes :

Le pharmacien, n'ayant plus dans son officine la liqueur prescrite, avait ordonné a son élève de la remplacer par une goutte d'ammoniaque et de l'essence d'anis. L'élève, négligeant de se servir d'un compte-gouttes, laissa tomber dans la potion une quantité bien supérieure d'ammoniaque, de telle sorte qu'au lieu de cinq milligrammes environ de gaz ammoniac que devait contenir la potion, elle en renfermait, d'après l'expertise faite postérieurement par le docteur Ogier, un gramme, c'est-à-dire une dose 200 fois supérieure à celle qui avait été prescrite. Heureusement, l'enfant auquel la potion était destinée n'en absorba qu'une quantité infinitésimale, et il fut constaté que l'erreur commise par le pharmacien n'avait été pour rien dans l'aggravation de la maladie de l'enfant.

Le pharmacien n'en fut pas moins poursuivi correctionnellement par application de l'art. 37 de l'arrêt du Parlement de Paris du 28 juillet 1648, de l'art. 32 de la loi du 21 germinal, an XI, et de l'ordonnance royale du 8 août 1816. Il se défendit en alléguant que l'ordonnance, telle qu'elle avait été rédigée par le médecin, n'était pas exécutable, attendu qu'il y a trois sortes d'ammoniaque anisée, et que le médecin n'avait précisé aucune de ces formules connues.

Mais le tribunal rejeta ce moyen en déclarant le pharmacien punissable dès lors que, en fait, la potion n'avait pas été préparée conformément à l'ordonnance du médecin. Le tribunal

ajoutait que, si l'ordonnance n'était pas exécutable, il était du devoir du pharmacien de ne pas se substituer au médecin pour improviser un médicament.

Ce dernier point est constant en jurisprudence. Beaucoup de nos lecteurs se rappellent sans doute qu'il a été consacré, il y a quelques années, par la Cour de Paris, dans une espèce où un élève pharmacien, ayant à préparer une ordonnance dont l'un des éléments était le musc en nature à la dose de 20 centigrammes, avait substitué de la teinture de musc au musc en nature. La Cour de Paris posa en principe que le débit d'un médicament dans lequel une drogue a été substituée à celle prescrite par l'ordonnance médicale, ou dans lequel ont été introduits des éléments analogues mais non identiques à ceux prescrits, tombe sous le coup de l'art. 32 de la loi de germinal. an XI, aussi bien que le débit sans ordonnance d'un médicament. Paris, 23 novembre 1894 (*Pand. fr.*, 95, II, 327). C'est dire qu'il **y** a exercice illégal de la médecine dans le fait, par le pharmacien, de modifier en quoi que ce soit l'ordonnance médicale qui lui est remise pour l'exécution d'un remède. En ce sens : Dubrac, *Jurisprudence médicale,* n° 351 ; Briand et Chaudé, *Manuel de médecine légale*, II, p. 516.

Ajoutons que la responsabilité pénale de ce fait tombe, non pas sur l'élève qui a préparé le remède, mais sur le pharmacien lui-même. La question a pourtant fait difficulté. Dans la dernière espèce sus-visée, le tribunal correctionnel de la Seine avait condamné l'élève pharmacien en même temps que le pharmacien. Trib. corr. Seine, 15 décembre 1893 (*Pand. fr.*, 95, II, 312). Au contraire, la Cour d'appel déchargea l'élève de toute condamnation, pour ne retenir l'infraction que contre le patron. C'est la solution que commandent le texte et l'esprit de l'art. 32 de la loi de germinal an XI. Cet article décide que « les pharmaciens ne pourront livrer et débiter des préparations médicinales ou drogues composées quelconques, que d'après la prescription qui en sera faite par les docteurs en médecine ou en chirurgie..., et sur leur signature. » Il semble évident, selon la remarque de la Cour de Paris, que ce texte ne peut être appliqué qu'au pharmacien, titulaire de l'officine, et ayant, à ce titre, « livré et débité » les préparations médicinales, et qu'il ne vise pas des tiers, ces tiers fussent-ils, à un titre quelconque et sous une dénomination quelconque, employés dans l'officine pour aider le pharmacien dans la préparation des médicaments et leur remise au public. C'est au pharmacien que l'injonction de l'art. 32 s'adresse ; c'est lui qui « livre et débite » le médicament même préparé par son élève ; c'est donc lui, et lui seul, qui est punissable pour toute infraction à cet article. Et il ne saurait s'en plaindre au nom de l'équité, étant donné que c'est son manque de surveillance qui a rendu possible la violation de la loi.

J. Jacquey.

NOUVELLES & INFORMATIONS

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Levieux, de Bordeaux ; Bron, de Guanien.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

36e semaine du 4 au 10 Septembre 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	12
3 mois à un an	11	13
1 an à 2 ans	6	4
2 à 5 ans	4	1
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	4	11
40 à 60 ans	9	2
60 à 80 ans	7	6
80 ans et au-dessus	»	1
Total	54	54

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	2	7	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	6	»	»	2	»	»	»	»	»	4	15	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	8	»	1	2	»	1	»	»	»	2	17	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	9	»	»	2	»	»	»	»	»	5	17	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	8	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	4	»	»	2	»	»	»	»	»	6	15	8
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	1	7	11
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	3
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	5	»	»	3	»	»	»	»	»	»	10	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	5
Total	»	1	»	1	1	1	»	6	7	4	46	»	1	13	»	1	»	1	»	25	108	117

N° 89. Deuxième Année, N° 39. Le Numéro : 10 centimes. 25 Septembre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Clinique ophtalmologique de Saint-Sauveur : Du chancre oculaire, par le professeur **F. de Lapersonne** — Drogues du XVIIe siècle; Nicolas Lemery, par le docteur **Ingelrans**. — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'Académie de médecine, M. GARNAULT critique la méthode de SCHWARTZE dans le traitement de la mastoïdite aiguë. Il a réopéré une jeune fille, opérée déjà, un an auparavant, par cette méthode. La plaie extérieure n'était pas cicatrisée, il s'en écoulait constamment un pus fétide, la malade se plaignait de violentes douleurs locales, de continuels maux de tête et devait porter constamment un pansement. Après la nouvelle opération qui consista en un évidement du conduit osseux après décollement du conduit membraneux, la cicatrisation extérieure fut complète au bout de huit jours; la plaie intérieure du conduit s'est fermée en six semaines, l'audition pour la grosse montre est passée de sept centimètres à trois mètres.

L'auteur conseille le procédé qu'il a employé aussi bien dans les cas aigus que dans les cas chroniques; on évite ainsi toute trace extérieure d'opération, on pénètre beaucoup plus facilement et plus sûrement jusqu'à l'antre, le drainage des cavités suppurantes est plus complet, la guérison plus rapide. On peut toujours, comme cela a été fait dans le cas rapporté, respecter la caisse et les organes de la transmission, mais ce n'est peut-être pas un avantage si l'on considère les excellents résultats pour l'audition que donne la mobilisation de l'étrier, après l'extraction des gros osselets, dans les cas chroniques.

*** M. CADET DE GASSICOURT lit un rapport sur un travail de M. MONCORVO ayant trait à l'influence de l'hérédo-syphilis sur les désordres fonctionnels cérébraux et médullaires, et surtout du tabes congénital spasmodique. M. FOURNIER a signalé les rapports de la maladie de LITTLE et de la vérole héréditaire. Le rapporteur en a lui-même observé trois cas probants. Les enfants étaient nés à terme et l'accouchement n'avait été difficile que dans un cas.

*** M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation de MM. MARCUS et BOISSON intitulée : Diagnostic de la présence et de la topographie d'une balle dans la région sus-hyoïdienne par la radiographie et la radioscopie. Extraction. Guérison.

Ni la palpation, ni l'examen par le pharynx ne révélaient l'existence du corps étranger dont le malade se plaignait.

Il lit ensuite ses observations de rapporteur sur les mémoires déposés en vue du prix HERPIN. Le sujet proposé était : Traitement abortif de la blennorragie. Il résulte des mémoires présentés que le traitement abortif réellement efficace n'existe pas ou n'est pas encore trouvé.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique ophtalmologique de Saint-Sauveur

Du chancre oculaire

par le Professeur **F. de Lapersonne**

L'accident primaire de la syphilis peut se rencontrer sur les paupières et sur la conjonctive. La fréquence de cette localisation du chancre induré n'est pas très grande et si, d'autre part, on tient compte de la difficulté de diagnostic dans un assez grand nombre de circonstances, on comprendra que l'étude du chancre de l'œil mérite d'attirer toute notre attention.

Dans ses belles leçons sur les chancres extra-génitaux, le professeur Fournier (1) attribue la première description du chancre oculaire à Ricord (2). Cependant quelques descriptions, données antérieurement, me paraissent bien se rapporter à des chancres infectants. Lawrence (The Lancet, 1826), considère les lésions syphilitiques des paupières, tant primitives que secondaires, comme assez communes. Dans une étude sur le chancre palpébral, j'ai cité les cas de Mackenzie (édition 1830), de Desmarres (édition 1847), de Boys de Lourcy et Costilhes (Gazette médicale, 1845).

Fréquence. — Depuis lors, les observations publiées ont été très nombreuses, mais il est difficile d'établir une proportion bien certaine d'après les chiffres donnés par les auteurs.

M. Fournier, sur un total de 10,000 chancres, observés seulement dans la clientèle privée, pour éliminer beaucoup de causes d'erreur, donne la proportion suivante :

Chancres	génitaux.....	93,00 0/0
»	paragénitaux.	0,65 0/0
»	extra-génitaux	6,33 0/0

D'autre part, sur un total de 1,124 cas de chancres extra-génitaux il en compte 849 céphaliques et seulement 21 chancres de l'œil, soit 1,86 % seulement dans l'ensemble des chancres extra-génitaux ; on peut juger de la faible proportion dans la statistique générale des chancres. Le savant professeur de Saint-Louis reconnaît d'ailleurs que sa statistique personnelle ne comporte en l'espèce aucune signification. « Car ce n'est pas chez un syphiligraphe qu'on vient consulter pour une lésion de l'œil dont on ne peut suspecter l'origine vénérienne. »

D'autres chiffres ont été donnés. En Autriche Zeissl sur 5000 cas de chancres n'en cite qu'un des paupières. En Amérique Wieth (1) dit qu'il n'existe qu'un chancre de l'œil pour 10.000 cas de chancres dans d'autres régions. Cette proportion est certainement trop faible.

Par contre, dans sa thèse, d'ailleurs fort intéressante, Fortuniades (2) donne le chiffre considérable de 1 pour 500. Enfin, tout récemment, dans un travail sur le chancre de la conjonctive bulbaire, de Schweinitz (3) cite la statistique de Bulkley qui, sur 9,058 cas extra-génitaux, donne une proportion de 4,1 0/0 de chancres oculaires.

Comme on le voit, la proportionnalité est impossible à établir, en raison surtout de ce fait que les chancres sont observés tantôt par des oculistes et tantôt par des syphiligraphes. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que le chancre de l'œil est rare dans nos pays où la syphilis, bien que fréquente, ne présente pas un degré trop considérable d'épidémicité et où les pratiques, qui favorisent singulièrement l'infection oculaire, sont en somme exceptionnelles.

Pour ma part j'ai observé 14 cas de chancre oculaire, sur un total de plus de 32.000 malades, 4 dans ma clientèle et 10 à l'hôpital. Je dois dire que dans presque tous les cas le diagnostic n'a pas été porté par les médecins appelés à examiner les malades au début.

Étiologie. — Et tout d'abord comment se fait la contamination? Cette recherche, toujours si difficile pour les accidents primaires de la région génitale, l'est encore davantage dans le cas qui nous occupe et bien souvent ne peut aboutir : deux fois sur trois, d'après Fortuniades. Voici cependant, d'après les renseignements qui ont été recueillis, les modes de contamination les plus ordinaires.

Le virus syphilitique peut être apporté sur l'œil directement des organes génitaux, exceptionnellement par des attouchements directs, plus souvent

(1) A. Fournier. — Les chancres extra-génitaux, leçons recueillies par Ed. Fournier. Paris, Rueff et Cie, 1897.

(2) Ricord. — Annales d'oculistique, t. XXIV, p. 233, 1850.

(1) Arch. de dermatologie, 1883.

(2) Fortuniades. Etude sur le chancre syphilitique des paupières, Thèse Paris, 1890.

(3) De Schweinitz. Soc. méd. de Philadelphie, 18 janv. 1898.

par le doigt qui frotte l'œil après avoir touché les organes génitaux infectés, quelquefois par des linges, des instruments, etc. De SCHWEINITZ a cité récemment le cas d'un médecin qui fut infecté par du liquide vaginal projeté au cours d'un accouchement.

Bien plus souvent c'est la *salive* d'un individu atteint de plaques muqueuses de la bouche qui est le véhicule du virus syphilitique. Or la salive peut être apportée sur l'œil par le baiser, ou bien suivant une pratique fréquente parmi les gens du peuple, elle est utilisée par les bonnes femmes pour laver les yeux et la figure des enfants. Mon regretté collègue LELOIR a publié l'observation d'un enfant de quelques mois qui contracta un chancre de l'œil pour avoir été débarbouillé avec la salive d'une femme atteinte de syphilides buccales. Le professeur BAUDRY a publié un fait analogue (1).

Nos confrères russes ont, les premiers, appelé l'attention sur les infections syphilitiques de l'œil par le *léchage* des paupières et de la conjonctive. Cette pratique est courante en Russie et en Orient pour l'extraction des corps étrangers, le traitement des granulations et, d'une façon générale, pour toutes les affections de la conjonctive et de la cornée. Je me suis laissé dire que ce procédé populaire existait en Bretagne et même dans notre pays flamand.

Le docteur TEPLIASCHIN (2) a observé, dans un même village, 34 cas d'infection syphilitique par léchage des paupières. L'infection provenait d'une seule femme, espèce de sorcière qui exerçait cette répugnante spécialité. Plus récemment, à la Société ophtalmologique de St-Pétersbourg, M. DAGNELAÏSKI a rapporté trois cas du même genre. En Allemagne, PURTSCHER (3) a observé un chancre induré de la paupière inférieure chez un jeune enfant : la mère avait déterminé l'infection en léchant l'œil pour une inflammation légère.

Enfin la contamination peut se faire par la projection de la salive. C'est ainsi que trop souvent des médecins ont été contaminés en cautérisant la gorge de malades atteints de plaques muqueuses. Le professeur FOURNIER a vu cinq confrères qui ont contracté la syphilis de cette façon. Il faut lire dans les cliniques de ce savant maître les conseils de prudence qu'il donne aux jeunes confrères appelés à soigner les

(1) BAUDRY. — Arch. d'ophtalm., 1885.
(2) TEPLIASCHIN. Monatsh f. pr. Dermatologie, 1877.
(3) PURSTCHER. Cent. f. p. Augenheilk, 1891.

syphilitiques. C'est ce mode de contamination qu'évoquait un jeune étudiant observé à ma clinique; malheureusement les dates qu'il indiquait ne répondaient pas à la période ordinaire d'incubation, et on arrivait sans peine à savoir que précédemment, il avait eu des rapports avec une femme pouvant passer à bon droit comme suspecte.

Pour mémoire, citons encore l'auto-infection accidentelle de l'œil chez un individu atteint d'une lésion initiale des organes génitaux, publiée par HOLTH (1). En fait de chancres indurés multiples, les syphiligraphes n'admettent guère que des contaminations à peu près contemporaines.

Il est un point de l'étiologie qui mériterait d'être étudié avec le plus grand soin : je veux parler du mode d'inoculation. Il ne me paraît pas démontré tout d'abord que la conjonctive saine, sans érosion ni blessure, puisse laisser pénétrer le virus syphilitique. Nous savons sans doute que des infections peuvent atteindre une conjonctive saine, que des cultures pures du bacille de WEEKS, déposées dans un cul-de-sac conjonctival entièrement normal, peuvent produire la conjonctivite catarrhale. Mais d'autres infections nécessitent probablement une lésion antérieure de la conjonctive. Pour les granulations trachomateuses, j'ai cité ce fait bien curieux qu'à Lille un très grand nombre de granuleux est employé dans les ateliers de préparation du lin : les poussières irritantes de ces ateliers produisent des exulcérations de la conjonctive, qui servent de porte d'entrée à l'agent infectieux. Je serais tenté de croire qu'un mécanisme analogue préside à l'inoculation du chancre infectant et c'est ce qui expliquerait sa localisation si variable. Sur 9 chancres de l'œil, SNELL (2) en trouve :

2 à l'angle interne,
1 à l'angle externe,
3 à la paupière supérieure,
1 à la paupière inférieure,
1 sur la conjonctive palpébrale,
1 sur la conjonctive bulbaire.

Quant aux chancres du bord ciliaire ou de la face cutanée des paupières, il est certain que la porte d'entrée se trouve au niveau des exulcérations entourant les orifices des glandes ciliaires dans les anciennes blépharites. Les démangeaisons produites par ces affections incitent le malade à se frotter les yeux et

(1) HOLTH. Arch. of opht. 1896.
(2) SNELL. Opht. Soc. of the Un. Kingd., 1845.

c'est ainsi que le virus peut être apporté par le doigt. Déjà en 1880 (1) j'ai insisté sur ce mode d'inoculation qui est aujourd'hui admis par tous les auteurs.

Symptômes. — Le chancre de l'œil présente des caractères cliniques différents suivant qu'il se développe sur la face cutanée, sur le bord et dans les angles interne et externe des paupières, enfin sur la conjonctive palpébrale ou bulbaire. Examinons ces trois localisations en commençant par la plus fréquente.

1° Le chancre de la peau ne présente rien de particulier, s'il n'envahit pas le bord ciliaire. Il est arrondi ou ovalaire, formant une ulcération, quelquefois recouverte de croûtes, à bords relevés et très rouges, reposant sur une base indurée donnant la sensation parcheminée.

Parfois l'ulcération envahit en même temps le bord de la paupière et la peau formant soit une saillie assez marquée au-dessus du bord libre, soit au contraire une légère dépression à la partie moyenne, avec base nettement indurée. Certains chalazions enflammés, puis ulcérés, certains kystes sébacés suppurés, pourraient à la rigueur simuler cette disposition, n'étaient leur induration inflammatoire beaucoup plus diffuse et l'absence de ganglions. Une des observations, que j'ai publiées dans les *Archives*, peut être considérée comme un type de chancre très étendu de la paupière.

Il s'agissait d'un homme, atteint d'une blépharite chronique pour laquelle il était traité depuis plusieurs mois. Quinze jours auparavant il avait remarqué à la partie moyenne de la paupière inférieure gauche un petit bouton recouvert de croûtes. L'ulcération s'étendait sur toute la longueur de la paupière inférieure depuis l'angle externe jusqu'au point lacrymal, le bord de la paupière était déchiqueté, et l'ulcération descendait à 15 millimètres environ du bord libre. Le fond était rouge, bourgeonnant, mais il est vrai de dire que l'ulcération avait été cautérisée plusieurs fois au nitrate d'argent. L'induration était très marquée et formait un gâteau qui dépassait les limites de l'induration avec un bourrelet très visible sur le dessin qui accompagne l'observation. Volumineuse adénopathie sous-maxillaire. — La femme avec laquelle le malade avait des rapports depuis six semaines fut examinée : elle présentait de nombreuses plaques muqueuses à la bouche, à la vulve et à l'anus.

(1) De Lapersonne. — Du chancre palpébral. Arch. d'ophtalm., 1880.

2° Les caractères du chancre siégeant sur le bord libre ou dans les angles sont beaucoup moins nets et c'est pour cela qu'il passe souvent inaperçu. Il prend quelquefois la forme d'une ulcération fissurale exactement limitée au bord libre. Si la lésion siège dans l'angle interne, il peut envahir la caroncule et la détruire complètement (Stellwag von Carion). Il n'est pas toujours facile de constater l'induration et comme la lésion s'accompagne de sécrétion muqueuse et de larmoiement, on peut prendre un chancre pour une simple conjonctivite d'origine lacrymale. J'ai cité un cas dans lequel l'opération de la dacryocystite avait été proposée au malade.

Tout récemment Snell (1) a rapporté l'histoire d'un malade qui présentait une inflammation subaiguë du sac lacrymal, avec infiltration bien limitée sans ulcération. Rien ne fit penser à une lésion spécifique et on cathétérisa le canal. Quelque temps après apparut une syphilide inoculaire. Il est évident que dans ce cas le chancre avait pour point de départ l'angle interne, les canalicules lacrymaux et s'était propagé au sac.

Dans l'angle externe, les caractères d'induration sont plus faciles à reconnaître, mais ici encore l'ulcération est insignifiante et peut être prise pour une fissure, pour une de ces ragades, si communes à ce niveau.

3° Le chancre de la conjonctive est moins fréquent que les précédents. Il occupe la face interne de la paupière supérieure et inférieure et peut s'avancer jusqu'au bord libre. Il présente l'aspect d'une ulcération arrondie, à bords peu élevés au-dessus de la conjonctive : le fond est rouge, saignant facilement, parfois recouvert d'un enduit pseudo-membraneux (2). Au pourtour la conjonctive est très injectée, souvent garnie de saillies folliculaires qui peuvent être confondues avec des granulations trachomateuses. L'induration est toujours facile à apprécier, à travers les téguments, sans renverser la paupière, soit sous forme de gâteau parcheminé, soit sous forme de nodosités rappelant un peu l'induration du chalazion.

Dans le cul-de-sac conjonctival, on observe l'ulcération en rigole : celle-ci surtout peut passer inaperçue, parce que le gonflement chémotique empêche de voir l'ulcération. C'est exactement ce qui se passe

(1) Snell, Chancre du sac lacrymal. Opht. *Soc.* of R. Un. Kingdom, 8 juillet 1898.

(2) Souligoux, in thèse de Aumont. Paris, 1893.

pour les chancres siégeant dans le fond du sillon de séparation du prépuce et du gland.

Enfin la conjonctive bulbaire peut seule être atteinte. C'est de beaucoup le siège le moins fréquent. VALUDE et LŒUR (1), qui en ont publié un cas l'année dernière, disent que c'est le huitième cas connu. Le chancre bulbaire ne présente pas une grande étendue, à peine le diamètre d'une lentille. Plus ou moins rapproché du limbe scléro-cornéal, il peut envahir un peu la cornée ; mais le cas de chancre siégeant exclusivement sur la cornée, qui a été publié, ne me paraît pas assez démonstratif.

L'ulcération est peu profonde et ne s'accompagne pas, bien entendu, d'induration, mais il existe un chemosis parfois considérable qui masque une partie de la cornée et peut cacher l'ulcération.

Quel que soit le siège du chancre, un symptôme capital, essentiel, c'est qu'il s'accompagne toujours d'une adénopathie considérable. C'est d'ailleurs un caractère commun à presque tous les chancres céphaliques d'avoir une adénopathie volumineuse en opposition avec les petits ganglions moniliformes qui acccompagnent les chancres infectants de la région génitale.

Les lymphatiques des paupières et de la conjonctive, se rendant pour l'angle externe au ganglion préauriculaire, pour la partie moyenne et l'angle interne aux ganglions parotidiens, sterno-mastoïdiens et sous-maxillaires, c'est dans ces différentes régions qu'il faut rechercher l'engorgement ganglionnaire : dans la région sous-maxillaire surtout il forme parfois une saillie considérable. Chez un de mes malades, cette adénopathie s'accompagnait d'un œdème lymphangitique de la face allant de l'angle interne de l'œil, vers le bord inférieur de la mâchoire, en suivant le trajet de la veine angulaire et des lymphatiques superficiels.

Si volumineux que soient les ganglions ils n'aboutissent pas à la suppuration, suivant en cela la règle des adénopathies syphilitiques, à moins qu'une infection secondaire vienne se surajouter. Je n'ai pour ma part jamais observé cette complication. En revanche, l'induration et l'augmentation de volume des ganglions persistent pendant longtemps, même après la guérison du chancre, pendant les éruptions secondaires, ce qui est un bon signe pour le diagnostic rétrospectif.

(1) VALUDE et LŒUR. Soc. de dermatologie et syphiligraphie, 1897.

Pronostic. — Malgré la gravité apparente de la lésion, le chancre oculaire ne laisse pas après lui de conséquences graves, lorsqu'il n'a pas été irrité par des traitements intempestifs. La guérison est ordinairement complète du 25e au 30e jour.

Le larmoiement, la photophobie, la sécrétion conjonctivale plus ou moins abondante ne sont qu'une gêne. Parfois la cicatrice du bord palpébral laisse un peu d'irrégularité, avec ectropion et trichiasis partiel, ou au contraire éversion du point lacrymal avec larmoiement persistant. Dans un cas, cité par GALEZOWSKI, la cicatrice avait produit un symblépharon partiel de la paupière supérieure qui nécessita une opération. Les cas de kératite et d'iritis graves, rapportés par GALEZOWSKI (1), ne me semblent pas devoir être attribués à l'action directe du chancre, mais sont bien plutôt les manifestations précoces d'une syphilis maligne.

Ceci nous amène à dire deux mots du pronostic de la syphilis consécutive à un chancre oculaire. En ce qui concerne les chancres céphaliques, on admet généralement que le siège n'a aucune influence. En est-il autrement pour le chancre oculaire? ABADIE et DARIER (2) conseillent de traiter énergiquement la syphilis, même avant l'apparition des accidents secondaires, en raison de la gravité du pronostic. DEBIERRE a rapporté l'histoire d'une syphilis grave, terminée par des localisations hépatiques mortelles, après un chancre palpébral.

Parmi les cas que nous avons observés, un seul a évolué d'une façon plus sérieuse et surtout plus rapide : des accidents tertiaires ayant coïncidé avec des éruptions secondaires, aussitôt après la guérison du chancre. Mais il s'agissait d'une vieille femme. Je crois, en effet, qu'ici comme dans les autres régions la gravité du pronostic dépend surtout du terrain, c'est-à-dire de l'état général de ce facteur si important, l'âge des individus, et peut-être des associations microbiennes que l'on commence à soupçonner.

Diagnostic. — Tenant compte des caractères de l'ulcération, de l'induration caractéristique et surtout de l'adénopathie si volumineuse, il semblerait que le diagnostic ne puisse prêter à aucune confusion. Malheureusement à cause de son peu de fréquence et de l'obscurité de son étiologie, on ne songe pas assez à

(1) GALEZOWSKI. — Journal d'ophtalm. 1872.

(2) DARIER. Soc. franç. d'ophtalm. 1894.

la probabilité d'un chancre, et c'est ainsi qu'il reste souvent méconnu.

Tout d'abord existe-t-il des chancres simples, non infectants, des paupières et doit-on essayer d'établir un diagnostic avec le chancre induré. On sait que la grande majorité des syphiligraphes n'admet pas l'existence des chancres mous céphaliques. En ce qui concerne les paupières je n'ai trouvé, en 1880, que trois cas publiés, deux à une époque où les caractères du chancre infectant n'étaient pas nettement établis, et un troisième publié par M. Galezowski (1). Dans ce cas, l'inoculation sur la paroi abdominale avait donné un résultat négatif et l'observation est arrêtée brusquement un mois après le début. Il ne me semble donc pas nécessaire d'insister sur ce diagnostic.

Il est presque toujours facile de reconnaître les caractères différentiels d'avec les tumeurs inflammatoires des paupières, furoncle, orgeolet, chalazion. La pustule maligne avec son eschare, son œdème considérable, et au besoin ses caractères bactériologiques, sera facilement distinguée.

L'épithélioma de la peau des paupières se présente sous la forme papillaire, en chou-fleur, saignant facilement, ou sous la forme ulcéreuse adhérant vite aux parties profondes, entouré d'un bord irrégulier, parsemé de petites nodosités superficielles et profondes. L'adénopathie est tardive et souvent, ainsi que je l'ai montré (2), elle est simplement inflammatoire, produite par une infection de la tumeur par des pansements sales.

Le placard de lupus s'étend d'une façon irrégulière, le long du pli jugo-palpébral, sans induration parcheminée, avec des nodosités caractéristiques. L'adénopathie scrofulo-tuberculeuse, qui l'accompagne, envahit lentement la chaîne des ganglions cervicaux, adhère à la peau et suppure facilement.

La gomme syphilitique des paupières, d'ailleurs assez rare, débute par le tarse, formant des nodosités simulant des chalazions multiples. Si les gommes suppurent, elles s'ouvrent soit du côté de la peau, soit du côté de la conjonctive (Trousseau) (3) formant une ulcération cratériforme à bords légèrement décollés, à fond grisâtre.

Dans tous ces cas l'erreur est facilement évitée. Il n'en est plus de même lorsque la lésion siège sur la conjonctive palpébrale ou bulbaire.

(1) Galezowski. Journal d'ophtalm., 1877.
(2) Obs. in thèse de Rouzé. — Epithélioma palpébral. Lille, 1890.
(3) Trousseau. Soc. franç. d'ophtalmologie, 1888.

Je signalerai comme particulièrement difficile, en ne tenant compte que de l'aspect de la lésion, le diagnostic avec le placard lupique de la conjonctive, surtout si celui-ci est primitif, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer. Le lupus forme, en effet, une ulcération arrondie, à bords légèrement saillants, à fond grisâtre et un peu induré, entourée d'une zone de follicules volumineux et rouges s'étendant assez loin de l'ulcération. Mais le lupus de la conjonctive s'accompagne toujours de dacryocystite, qui paraît être le point de départ de l'affection. D'ailleurs la marche de la maladie et les caractères de l'adénopathie font faire le diagnostic.

Enfin Parinaud, Abadie et d'autres auteurs ont décrit, il y a quelque temps, une conjonctivite par contage animal, caractérisée par une vaste ulcération conjonctivale et par des adénopathies qui suppurent facilement. La réaction inflammatoire est ici très violente.

Traitement. — Le traitement du chancre oculaire doit, pour ainsi dire, être négatif. Il faut surtout s'abstenir de cautériser, même avec des solutions faibles de nitrate d'argent, avec le sulfate de cuivre, ou le nitrate acide de mercure, une ulcération qui doit guérir normalement dans l'espace de trois semaines ou un mois et que toutes les cautérisations ne parviendront pas à guérir un jour plus tôt.

On ne saurait trop répéter, que les cicatrices vicieuses, les adhérences, le symblépharon partiel, l'entropion, qui restent après le chancre conjonctival, sont trop souvent dus à des cautérisations intempestives.

Le traitement local doit donc consister surtout à éviter les infections secondaires de l'ulcération chancreuse, en empêchant le plus possible la stagnation des mucosités purulentes de la conjonctive. Les lavages fréquents à l'eau boriquée, l'application de poudre ou de pommade à l'iodoforme 1/10 et même l'usage d'une pommade au calomel 1/20 suffisent presque toujours pour obtenir ce résultat.

Lorsque la lésion siège dans le cul-de-sac conjonctival, il faut, autant que possible, détruire les adhérences qui ont de la tendance à se former. C'est peut-être le seul cas où on soit autorisé à intervenir d'une façon active avant la cicatrisation.

Une dernière question se pose : faut-il commencer le traitement général avant l'apparition des accidents secondaires ? En ce qui concerne le chancre oculaire,

je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Non pas que je considère cette localisation comme ayant un pronostic plus grave, je me suis expliqué sur ce point. Mais je suis d'avis que l'infection syphilitique généralisée existe dès l'apparition du chancre et qu'il est par conséquent très rationnel de lui opposer le traitement spécifique. D'ailleurs, le diagnostic du chancre oculaire ne se fait pas toujours immédiatement, nous en avons vu les raisons. Aussi en pratique, je soumets les malades au traitement par les frictions ou les injections d'huile grise, dès que le diagnostic a été posé.

Drogues du XVIIe siècle

Nicolas Lemery.

La matière médicale des siècles derniers était si riche en produits étranges, elle faisait un tel emploi de substances extraordinaires auxquelles elle attribuait des vertus encore plus étonnantes, qu'on sera peut-être curieux de s'en faire quelque idée. Nous avons entre les mains l'ouvrage de Lemery, intitulé : *Dictionnaire universel des drogues simples, contenant leurs noms, origine, choix, principes, vertus, étymologie et ce qu'il y a de particulier dans les animaux, végétaux et minéraux.* Avant d'en extraire les quelques fragments qui suivent, disons deux mots de son auteur dont la notoriété fut jadis éminente.

Nicolas Lemery naquit à Rouen le 18 novembre 1645. D'abord élève en pharmacie à Rouen, il vint à Paris en 1666 dans le laboratoire de Glazer, démonstrateur de chimie au Jardin du Roi, l'un des derniers admirateurs de Paracelse et de l'ancienne alchimie. « Mais il se trouva malheureusement, dit l'auteur de l'éloge de Lemery, que M. Glazer était un vrai chimiste, plein d'idées obscures, avare de ces idées-là mêmes, et très peu sociable : il le quitta donc au bout de deux mois et se résolut à voyager par la France pour voir les habiles gens les uns après les autres ». Il alla à Montpellier, où il commença à faire des cours sur la chimie. Il revint ensuite à Paris, et y fonda une pharmacie rue Galande, tout en continuant à faire des leçons qui attirèrent des élèves de tous les points de la France ou de l'étranger. « Son laboratoire était moins une chambre qu'une cave, et presque un antre magique, éclairé de la seule lueur des fourneaux : cependant l'affluence du monde y était si grande, qu'à peine avait-il de la place pour ses opérations. Les noms les plus fameux entrent dans la liste de ses auditeurs : les dames mêmes, entraînées par la mode, avaient l'audace de venir se montrer à des assemblées si savantes ».

Lemery fut obligé de s'exiler comme protestant, mais il se fit catholique avec sa famille pour échapper aux persécutions, ce qui lui permit d'entrer à l'Académie des sciences, de reprendre ses cours et de rouvrir son officine de la rue Galande. « Le grand mérite de Lemery, dit Bourgoin, c'est d'avoir repoussé la langue énigmatique des alchimistes, rejeté leurs théories obscures et inintelligibles. » Il mit le comble à sa réputation en publiant son *Cours de chimie* (1675) traduit en plusieurs langues et qui, pendant un siècle, a servi de manuel aux chimistes du XVIIIe siècle. Vingt ans après, il publia la *Pharmacopée universelle* (1697) (1) et le *Dictionnaire des drogues simples* (1698), le tout formant, avec le *Cours de chimie*, un *Cours général de pharmacie*, résumant le tableau exact des connaissances chimiques et pharmaceutiques de la fin du XVIIe siècle.

On doit aussi à Lemery un *Traité de l'Antimoine* (1707), plusieurs analyses d'eaux minérales, notamment celles de Passy, de Vézelay, de Cransac ; une foule de notices sur les sels, le Volcan de Lemery, le miel, l'urine, la cire, la manne, les cloportes, la préparation du sublimé, etc.

Après l'impression du *Traité de l'Antimoine*, Lemery eut quelques attaques d'apoplexie, auxquelles succéda une paralysie d'un côté. Il fut frappé d'une dernière attaque qui dura six à sept jours et mourut à Paris, le 19 juin 1715, à l'âge de 70 ans.

L'exemplaire du *Dictionnaire des Drogues simples* que nous avons sous les yeux est de la troisième édition in-4° parue en 1733 « avec des figures en taille-douce, à Paris, de l'imprimerie de la veuve d'Houry, au bas de la rue de la Harpe, au St-Esprit ». En tête se trouve un beau portrait de l'auteur, par Pitau. M. de Jussieu l'aîné, dit le libraire, a revisé cette édition.

La préface déclare d'abord que la connaissance des drogues est nécessaire aux médecins. Les drogues sont tirées des animaux, des végétaux et des minéraux. « Tous les animaux naissent dans des œufs et ils y demeurent enfermés en abrégé jusqu'à ce que la

(1) Ces lignes à peine écrites, nous lisons dans la *Revue médicale de l'Afrique du Nord* du 1er courant un article du docteur Cros (de Mascara) sur cette *Pharmacopée*.

semence du mâle ait pénétré leur enveloppe et les ait étendus suffisamment pour les faire éclore ; alors, il entre dans leurs vaisseaux des sucs chileux, qui, étant poussés par des esprits, circulent par toute l'habitude de ces petits corps, les nourrissent et les dilatent peu à peu ; c'est ce qui fait leur accroissement. Cette circulation, réitérée un grand nombre de fois, rend ces sucs nourriciers tellement raréfiés et atténués, qu'elle leur fait acquérir une couleur rouge et les convertit en ce qu'on appelle sang. C'est ainsi que si on fait bouillir dans un matras une partie de chile ou de lait avec deux parties d'huile de tartre faite par défaillance, la liqueur, de blanche qu'elle était,deviendra rouge, parce que le sel de tartre aura raréfié, dissous et exalté la partie onctueuse du lait et l'aura réduite en une manière de sang ». Et voilà pourquoi votre fille est muette !

Suivent des considérations du même genre sur l'origine des végétaux et des minéraux : à propos de ces derniers, il est question des mines métalliques et des indices pour les découvrir. Lemery parle alors des sept métaux connus de son temps et il en vient à l'opinion des astrologues et alchimistes qui déclarent qu'il y a une grande correspondance entre les métaux et les planètes, par des influences qui, sortant des uns, se communiqueraient aux autres et serviraient réciproquement à leur nourriture. Ils prétendaient « que le commerce de la planète avec le métal se faisait par un écoulement de corpuscules qui partaient de l'un et de l'autre et qui faisaient comme une chaîne de la planète au métal et du métal à la planète, que ces corpuscules étaient disposés à entrer par les pores de la planète et du métal, mais qu'ils ne pouvaient s'introduire ailleurs, à cause de la figure des pores qui ne se rencontrait pas toujours propre à les recevoir. » Lemery ruine cette hypothèse en déclarant qu'il n'y a nulle apparence que les planètes fassent impression sur notre terre, *car elles en sont trop éloignées.*

Cette préface est suivie de l'approbation de messieurs les doyen (Boudin) et docteurs régents de la Faculté de Paris et du privilège du roi. Ce dernier accorde « à notre bien aimée la veuve de Laurent d'Houry la permission d'imprimer en bon papier et beaux caractères le Dictionnaire des Drogues et l'Almanach royal calcuté sur le méridien de Paris. »

Toutes les drogues sont rangées par ordre alphabétique et occupent 1016 pages. Chaque article comprend la description d'un corps naturel, l'énumération de ses vertus et enfin l'étymologie. A la fin du livre vingt-cinq planches de seize figures chacune représentant toutes sortes de végétaux et animaux, depuis le manioc jusqu'au cerf-oiseau (c'est l'autruche).

Voici quelques extraits pris çà et là dans cet ouvrage :

Abrotanum, aurone : est incisive, atténuante, apéritive, détersive, vulnéraire, résolutive ; elle résiste au venin, elle tue les vers, elle excite les urines, elle chasse les vents, elle fait croître les cheveux, étant écrasée et appliquée sur la tête.

Accipiter : la chair, la graisse, les excréments de l'épervier sont estimés pour les maladies des yeux et pour exciter l'accouchement. Le mot accipiter vient d'*accipiendo*, parce que l'épervier est un oiseau de rapine.

Cuivre : il est détersif, on l'emploie dans les emplâtres et les onguents pour manger les chairs baveuses. Son nom latin *æs* vient d'*aer*, parce que le cuivre, quand on le bat, frappe l'air avec beaucoup de force et fait un grand bruit et résonnement.

Aetites lapis, en français pierre d'aigle, est une pierre ordinairement ronde ou ovale. Elle empêche l'avortement des femmes grosses, si elles la portent attachée aux bras, et facilite l'accouchement si elles l'attachent à la cuisse dans le temps du travail.

Hippopotame : ses dents sont si dures qu'elles peuvent faire du feu quand on les frappe avec un fer, comme les pierres à fusil ; elles en jettent apparemment quand l'animal les frappe les unes contre les autres, ce qui a fait croire à quelques-uns que l'hippopotame vomissait du feu. On porte ces dents attachées à quelque partie du corps pour guérir les hémorrhoïdes ; on estime ses testicules propres contre la morsure des serpents ; sa graisse est émolliente et nervale.

Bouc : ses cornes sont propres pour l'épilepsie, pour résister au venin, pour arrêter les cours de ventre. Le sang du bouc ayant été desséché au soleil est appelé bouquain. Il est sudorifique, apéritif, résolutif, propre pour dissoudre le sang caillé, pour la pierre. Van Helmont prétend que celui qui a été tiré des testicules de l'animal a plus de vertu que l'autre. La fiente de la chèvre est détersive, dessiccative, résolutive, digestive ; elle est propre pour les obstructions

de la rate, étant prise intérieurement ; on s'en sert aussi pour les duretés de la rate et du foie.

Léopard : son cerveau est estimé pour exciter la semence, étant appliqué sur les parties génitales. Ses testicules étant desséchés, pulvérisés, et pris par la bouche, excitent les mois aux femmes. Sa graisse est estimée un cosmétique pour embellir la peau.

Porphyre : il est propre pour apaiser les ardeurs de Vénus si l'on en applique un morceau bien poli sur le périnée.

Perroquet : il est propre pour l'épilepsie, étant mangé ou pris en bouillon. Sa fiente desséchée et prise en poudre est propre pour fortifier les nerfs contre les convulsions. Perroquet vient de Perret ou petit Pierre ; Papegay, comme qui dirait oiseau digne d'être présenté au Pape.

Puce : c'est un petit insecte qui incommode tout le monde et qui ne paraît bon à rien. Il pique la chair, il en suce le sang et il l'éjacule aussitôt par le derrière à quelque distance de lui : c'est d'où viennent les taches rouges qu'il laisse sur la peau. J'ai vu entre les mains de mademoiselle Cusson, à Paris, rue Saint-Jacques, une puce de médiocre grosseur, enchaînée à un petit canon d'argent qu'elle traînait : ce canon était long comme la moitié de l'ongle, gros comme un ferret d'aiguillette, creux, mais pesant soixante-dix fois plus que la puce. On y mettait de la poudre à canon et on l'allumait sans que la puce en parût épouvantée : sa maîtresse la gardait dans une petite boîte qu'elle portait dans sa poche.

Pou : on a vu naître sur plusieurs personnes une maladie mortelle procédante d'une très grande quantité de poux qui s'engendrent sur la chair et font par tout le corps des plaies jusqu'aux os. C'est de cette maladie que fut frappé Hérode pour n'avoir pas rendu gloire à Dieu. M. Hooke a observé que le pou a un groin fait comme celui du pourceau, qu'il a deux cornes à la tête, derrière lesquelles sont placés ses yeux ; tout au contraire des autres animaux, ces yeux ne paraissent couverts par aucunes paupières et peut-être la nature les a-t-elle placés derrière plutôt que devant, de peur que les cheveux au travers desquels l'animal passe ne lui blessassent trop souvent la vue. Les poux sont apéritifs et fébrifuges, on s'en sert pour lever les obstructions, pour la fièvre quarte ; on en fait avaler cinq ou six, ou plus ou moins suivant leur grosseur, à l'entrée de l'accès. La répugnance qu'on met à avaler ces vilaines bêtes contribue peut-être à chasser la fièvre. Le mot *pediculus* vient de *pedibus*, parce que le pou a beaucoup de pieds.

Perdrix : son sang et son fiel sont propres pour les ulcères des yeux et les cataractes, y étant instillés chauds sortant de l'animal quand on le tue. On brûle les plumes de perdrix et l'on en fait sentir la fumée aux femmes hystériques pour abattre les vapeurs.

Rhinocéros : on emploie ses cornes, ses ongles et son sang pour résister au venin, fortifier le cœur, exciter la sueur : on en met aussi en infusion et l'on fait des tasses avec sa corne pour y laisser du vin qu'on veut boire, afin de purifier le sang et de préserver du mauvais air.

Tique : est une espèce de morpion ou petit insecte plat qui suce le sang mais n'a point de passage pour rejeter ses excréments, et il se dégorge comme la sangsue, ou bien il meurt de réplétion. On dit qu'il souffre la faim jusqu'à sept jours sans mourir. On prétend que ce petit animal étant tiré de l'oreille gauche d'un chien, et porté en amulette dans un nouet, a la vertu d'apaiser les douleurs du corps.

Scorpion : pour guérir sa piqûre, il faut y appliquer le scorpion écrasé dès qu'elle a été faite ; le venin retourne alors dans l'animal. On fait de la poudre de scorpions et on en noye vivants dans de l'huile d'amandes douces et on les y laisse infuser pour faire l'huile de scorpion.

Placenta : on préfère celui qui vient d'un garçon à celui qui vient d'une fille. On l'applique tout chaud sortant de la matrice sur le visage pour en effacer les lentilles ; on en fait distiller de l'eau au bain-marie pour les taches du visage. On s'en sert aussi en poudre pour l'épilepsie.

Seneçon ou herba pappa : émollient, humectant, rafraîchissant, etc. Le nom de papa que les enfants donnaient autrefois à leur père vient de ce mot, à cause que la tête d'un père vieillard ressemble, par la blancheur de ses cheveux, à la tête de l'herba pappa chargée d'aigrettes.

Homo : l'homme... On trouve dans les Indes certaines nations dont la tête est jointe de si près à leurs épaules qui sont relevées, qu'il semble que leur tête soit placée où nous avons la poitrine... Quelqu'un se formalisera peut-être de ce que je place l'homme dans

une histoire des drogues ; mais il verra par la suite que ce n'est pas sans raison. Les cheveux de l'homme sont propres pour abattre les vapeurs, si, en les brûlant, on les fait sentir aux malades. La salive d'un jeune homme bien sain à jeun est bonne pour les morsures des serpents et du chien enragé. L'ordure jaune qu'on tire de dedans l'oreille avec un cure-oreille est résolutive pour les panaris. Les ongles des doigts et pieds sont vomitifs, étant rapés et infusés dans du vin. L'urine de l'homme nouvellement rendue purge par le ventre et est bonne pour lever les obstructions si l'on en boit deux ou trois verres le matin à jeun. Celle d'un jeune homme bien sain est préférable aux autres.

L'excrément de l'homme est digestif, résolutif, amollissant, adoucissant, propre pour l'anthrax, pour résoudre dans les squinancies étant appliqué. On le recommande sec, pulvérisé et pris par la bouche pour les enflures de la gorge, l'épilepsie. La dose en est depuis un scrupule jusqu'à une dragme.

La mumie est un cadavre d'homme ou de femme, ou d'enfant, qui a été embaumé et desséché. Il ne faut pas croire que la mumie commune qu'on nous apporte soit de la véritable mumie d'Egypte. Celle que nous trouvons chez les droguistes vient des cadavres de diverses personnes que les Juifs ou même les Chrétiens embaument. Il faut choisir la mumie belle, nette, noire, luisante, d'une odeur assez forte. Elle est détersive, vulnéraire ; elle résiste à la gangrène, elle fortifie, elle est propre pour les contusions et pour empêcher que le sang ne se caille dans le corps.

Le crâne humain est propre pour l'épilepsie, etc. On doit choisir celui d'un jeune homme d'un bon tempérament, qui soit mort de mort violente et qui n'ait point été inhumé. Le cerveau doit aussi être tiré d'un jeune homme sain, comme d'un pendu qui n'ait point été enterré.

L'usnée est la mousse ordinaire, verdâtre, sans odeur, d'un goût un peu salé, qui naît sur les crânes longtemps exposés à l'air : on la trouve principalement en Angleterre, en Irlande, sur les crânes des hommes qui ont été pendus et attachés à des gibets ; car on a soin d'y faire tenir si bien leurs membres avec du fil d'archal, que leurs os y demeurent plusieurs années. Elle est propre pour arrêter l'hémorragie du nez étant mise dans les narines ; on en mêle dans les poudres de sympathie.

Vache : Son urine est un purgatif hydragogue, on l'appelle Eau de mille fleurs ; on en prend huit ou dix jours de suite deux ou trois verres à chaque matin à jeun étant à la campagne. Voyez un Discours que j'ai fait sur ce sujet à l'Académie royale des sciences (1707, page 33). Le taureau est le mâle de la vache : son pryape est bon pour la dysenterie, étant pris en poudre.

Tarentule : sa piqûre est fort vive. Son venin ne se fait quelquefois sentir qu'un an après la morsure ; le malade fait des sauts violents. Les uns rient, les autres pleurent, les autres dorment, les autres vomissent, les autres suent, les autres dansent, les autres courent toujours. Ils ont tous une grande horreur pour une épée nue. Les remèdes qui les soulagent le plus sont de les faire danser à outrance plusieurs jours cinq ou six heures de suite, de leur faire entendre des symphonies. Les uns aiment le son du violon, les autres celui de la trompette, les autres celui du hautbois. Il faut faire user au malade des sels volatils de vipère, de crâne humain. Il est hors de péril quand il ne lui prend plus d'envie de danser.

Nous n'allons pas plus loin : à chaque page du livre on rencontre des curiosités de ce genre. Personne n'en sera surpris ; on n'est pas sans savoir que la thérapeutique de nos pères prenait son bien partout où elle le trouvait. Toutefois, il est curieux de se rendre compte qu'il ne s'agit pas, dans ces emprunts bizarres aux trois règnes de la nature, de remèdes populaires, mais bien au contraire de ce qui faisait le fonds de la matière médicale de l'époque, car les livres de Lemery étaient les plus estimés de leur temps. Lemery, d'ailleurs, méritait sa réputation « presque toute l'Europe a appris de lui la chimie. C'était un homme d'un travail continu et il a bien fait voir que qui ne perd point de temps en a beaucoup ». Il n'était point aussi routinier ni aussi respectueux des erreurs traditionnelles que les extraits précédents pourraient le faire supposer : nous n'en voulons pour preuve que les lignes suivantes de sa préface : « Beaucoup de médecins et d'apoticaires s'imaginent qu'il suffit, pour remplir les devoirs de leur profession, de connaître les drogues sans se mettre en peine de passer plus avant : cette opinion empêche qu'on approfondisse les secrets de la nature et qu'on ne découvre un nombre infini d'excellents remèdes qui nous sont inconnus. Je suis persuadé qu'il n'y a aucun médecin, ni apoticaire, quelqu'employé

qu'il soit, qui ne puisse au moins, dans le cours de sa vie, découvrir la vertu particulière de quelque drogue, s'il veut s'y attacher ; ce qui pourrait avec le temps enrichir la Médecine de remèdes plus simples, plus sûrs et plus efficaces que ceux dont nous usons aujourd'hui. »

Dr INGELRANS.

VARIÉTÉS

Maladies et signes à nom propre

M. CATRIN publia dans la *Médecine moderne* du 14 septembre une liste de plus de 300 maladies à nom propre. Nous en extrayons les suivantes :

ALIBERT (Maladie d'). Mycosis fongoïde.
ASTLEY-COOPER (Hernie d'). Hernie crurale à sac multilobulé.
BECHTEREW (Maladie de von). Rigidité ou ankylose rachidienne survenant entre 40 et 50 ans.
BRYSON (Signe de). Défaut d'ampliation du thorax dans l'inspiration se rencontrant dans la maladie de Basedow.
BUSQUET (Ostéo-périostite ossifiante des métatarsiens de).
BAMBERGER (Pouls bulbaire de). Dans l'insuffisance tricuspide.
BAMBERGER (Allochirie de). Le sujet rapporte à un côté du corps une impression partie du côté opposé.
BANTI (Maladie de). Splénomégalie avec anémie progressive suivie de cirrhose du foie.
BOUDIN (Loi de). Antagonisme de la tuberculose et de la malaria.
CHERCHEWSKI (Maladie de). Ileus nerveux dans la neurasthénie.
CARRION (Maladie de). Verruga péruvienne.
CHAUSSIER (Aréole de). Bourrelet de la postule maligne.
DITTRICH (Bouchon de). Dans la gangrène pulmonaire.
DERCUM (Adipose douloureuse de).
DRESSLER (Maladie de). Hémoglobinurie paroxystique.
EICHSTEDT (Maladie de). Pityriasis versicolor.
FRIEDREICH (Signe de). Collapsus général diastolique du cou dans la symphyse cardiaque.
GERLIER (Maladie de). Vertige paralysant.
HEIM et SUNDER (Signe de). Ondulation dépassant la matité cardiaque et ayant son maximum au creux épigastrique (symphyse cardiaque).
HEIM et KREYSIG (Signe de). Dépression systolique des espaces intercostaux dans la symphyse cardiaque.
KUSSMAUL (Cancer de). Cancer diabétique décelé par la réaction de GERHARDT ou celle de LEGAL.
LEYDEN (Ataxie aiguë de). Pseudo-tabes.
LOBSTEIN (Maladie de). Ostéopsathyrose.
LEBER (Maladie de). Atrophie optique héréditaire.
MINOR (Hématomyélie centrale de).
MOEBIUS (Akinesia algera de). Inactivité douloureuse dans les compressions de la moelle.
MANNKOPF (Signe de). Pouls accéléré par la douleur.
PFUHL (Signe de). Variation de pression dans la périhépatite suppurée.
RIVALTA (Maladie de). Actinomycose.
SCHRATTER (Chorée du larynx de). ou toux nerveuse de Massei.
SŒMISCH (Ulcère de). Ulcère infectieux de la cornée.
THORNTEN (Signe de). Douleur violente du côté dans la lithiase rénale.
UHTHOFF (Secousses mystagmiformes de). Dans la sclérose en plaques.
VOLKMANN (Difformité de). Luxation congénitale tibio-tarsienne.
WARDROP (Maladie de). Onyxis maligne.
WINKEL (Maladie de). Maladie bronzée hépatique.
ZAUFALL (Nez en selle de). Dans l'ozène.
ZENKER (Tabacosis de). Pneumo-Koniose due au tabac.
ZEISSL (Érythème maculo-papuleux de). Macules saillantes syphilitiques.

Triste condition des médecins dans le canton du Tessin

Le canton du Tessin est divisé en 60 districts médicaux appelés *condotta*. Chacun de ces condotte comprend un certain nombre de communes qui, toutes les quatre années, procèdent, par voie de scrutin populaire, à l'élection de leur médecin. Ce dernier reçoit comme honoraires annuels une moyenne de 0,80 centimes à 1 franc par habitant de sa circonscription, moyennant quoi il se charge de soigner gratuitement les riches et les pauvres, voire les étrangers qui séjournent dans la commune depuis plus de trois mois. Il lui est défendu de délivrer des médicaments. N'oublions pas de dire que l'Etat pousse la générosité jusqu'à servir au médecin un traitement annuel supplémentaire de 250 francs, ce qui entraîne l'obligation de se charger de toutes les besognes qui ressortissent à la médecine légale. Et encore, sur cette somme, l'Etat retient-il un cinquième, on ne dit pas a quel titre et dans quel but !

C'est sans doute pour offrir au médecin une malle de voyage, lorsqu'il a cessé de plaire à ses *électeurs*. Car une fois qu'il est fourbu et qu'un nouveau venu plaît davantage, on le congédie trois mois à l'avance, sans aucune indemnité. Il ne saurait être question pour lui de faire des économies, car les quatre cinquièmes des médecins des condotta ne gagnent pas plus de 3.500 francs annuellement.

Une pétition adressée par les médecins du Tessin, dans le but d'obtenir un remède à cette situation a été rejetée par le grand conseil.

(Correspondenz blatt für Schweizer Aerzte).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Des Concours pour un emploi de **Chef de clinique obstétricale** et un emploi de **Chef de clinique médicale** s'ouvriront à la Faculté le samedi 29 octobre, à dix heures du matin.

CONDITIONS DU CONCOURS. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté du 12 au

20 octobre, et déposer en s'inscrivant une expédition de leur acte de naissance et le diplôme de Docteur en médecine.

Est admis à concourir tout Docteur en Médecine, de nationalité française, âgé de 35 ans au plus (Art. 3 de l'arrêté du 1er octobre 1896).

Les fonctions de Chef de clinique sont incompatibles avec celles d'Agrégé en exercice; en outre, le Chef des travaux anatomiques, le Prosecteur d'Anatomie, le Préparateur d'anatomie pathologique ne pourront cumuler leurs fonctions avec celles de Chef de clinique (Art. 4 de l'arrêté du 1er octobre 1896).

La durée des fonctions de Chef de clinique est fixée à un an ; la nomination pourra être prorogée trois fois, et pour une année chaque fois, sur la demande du Professeur. — Le traitement annuel est de 1.200 francs.

Nature des épreuves. — Les épreuves du concours consistent :

a. *Pour l'emploi de Chef de clinique obstétricale.* — 1° En une composition sur un cas de dystocie ou de pathologie de la grossesse ;

2° En une épreuve clinique orale de 15 minutes sur une ou deux femmes, au choix du jury, après une demi-heure d'examen et de réflexion ;

3° En manœuvres obstétricales ;

4° En appréciation des titres antérieurs et travaux des candidats.

b. *Pour l'emploi de Chef de clinique médicale.* — 1° En une composition sur un sujet d'anatomie et de pathologie interne ;

2° En une épreuve clinique orale de 15 minutes sur un ou deux malades, au choix du jury, après une demi-heure d'examen ou de réflexion ;

3° En une épreuve de laboratoire ;

4° En appréciation des titres antérieurs et travaux des candidats.

Attributions. — Les attributions du Chef de clinique sont les suivantes :

1° Aider le Professeur dans l'enseignement, les exercices et les démonstrations cliniques, les recherches de laboratoire ;

2° Exercer les élèves, sous la direction du Professeur, à l'examen des malades et aux divers procédés d'investigation propres à établir le diagnostic des maladies ;

3° Suppléer le Professeur dans les visites hospitalières en cas d'empêchement momentané, et notamment dans les contre-visites du soir (Art. 7 de l'arrêté du 1er octobre 1896).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Frémont, du Havre ; Vassar, de Tammes ; Watremez, de la Flotte ; Aubrun, de Paris ; Filandeau, de Moncoutant ; Iasiewicz, de Paris ; Vauvray, médecin en chef de la marine, en retraite ; Bétancès ; Acquaronne, médecin de 2e classe des colonies, à Cayenne.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

37e semaine du 11 au 17 Septembre 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	8
3 mois à un an	11	9
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	1	3
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	6	7
40 à 60 ans	7	6
60 à 80 ans	16	10
80 ans et au-dessus	»	3
Total	57	50

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	8	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	»	»	1	1	»	»	»	4	10	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	»	1	5	»	»	»	»	»	6	18	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	10	»	»	3	»	»	»	1	»	2	20	29
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	2	3	»	»	1	»	»	1	»	»	1	11	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	3	»	1	3	»	»	»	»	»	6	16	13
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	4	»	»	1	»	»	»	»	»	1	7	18
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	4
Total	»	»	»	»	»	2	»	7	4	6	37	»	2	15	1	1	1	1	»	30	107	120

N° 90. Deuxième Année, N° 40. Le Numéro : **10** centimes. 2 Octobre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX : Sur la segmentation et sur certains troubles de la segmentation, par le professeur **E. Laguesse.** — Rupture d'abcès appendiculaire au cours du palper abdominal. Laparotomie immédiate. Guérison, par MM. **F. Cathelin** et **G. Lévesque,** internes des hôpitaux de Paris. — Thérapeutique. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la segmentation et sur certains troubles de la segmentation

par le professeur **E. Laguesse,**

(Extrait du cours d'Histologie et d'Embryologie)

MESSIEURS,

Nous avons vu qu'aussitôt après la fusion des deux pronuclei mâle et femelle, c'est-à-dire aussitôt après l'acte essentiel de la fécondation, l'ovule n'est plus une cellule banale de l'organisme maternel, mais représente le nouvel être sous sa forme la plus simple, unicellulaire.

La segmentation normale. — Tous les animaux, l'homme y compris, passent par cette forme initiale. Et les philosophes qui aiment à rabaisser notre orgueil en nous montrant notre triste destinée finale, pourraient tout aussi bien rappeler à chacun de nous la modestie de son origine. Mais généralement ce stade ne dure que quelques instants, quelques heures à peine. Chez tous les animaux, la cellule initiale se divise bientôt en 2, 4, 8, 16, etc..., c'est ce qu'on appelle la *Segmentation*. Elle peut commencer malgré l'absence de fécondation, mais en ce cas généralement elle est irrégulière, et s'arrête bientôt. Chez les êtres les plus inférieurs, chez les Protozoaires, les deux cellules filles se séparent de suite, et représentent deux individualités distinctes. Elles subissent à leur tour le même partage et la même séparation, de sorte que, malgré une série de divisions successives, ces animaux restent unicellulaires. Chez tous les autres animaux, qu'on réunit quelquefois sous le nom de Métazoaires, pour les opposer au premier groupe, les cellules filles restent unies, et grâce à leurs divisions successives, finissent par constituer un être compliqué, véritable colonie cellulaire, formée souvent par la réunion de milliards de ces petits organites.

Le stade de la segmentation commence à la division en deux de l'ovule fécondé. Il s'étend chez les vertébrés jusque vers le moment de la formation des feuillets blastodermiques. A ce moment en effet, un nouveau facteur apparaît, bien que la prolifération par division continue régulièrement. Jusqu'ici, elle n'aboutissait qu'à augmenter l'amas cellulaire. Maintenant, les éléments commenceront à se disposer en strates séparées, premiers rudiments des organes, et surtout à se diversifier, à revêtir des caractères cytologiques variés. La différenciation histologique s'établira, et de cellules toutes semblables fera naître les divers tissus. Elle est accompagnée de la différenciation organique qui, d'un simple amas d'éléments, fera sortir peu à peu les différentes formes des organes.

La segmentation s'accomplit en général suivant des lois fort simples, et en suivant le procédé de la division indirecte ou caryocinèse. Un sillon apparaît au pôle animal de l'ovule, c'est-à-dire au point même d'où sont émanés les globules polaires. On les appelle précisément encore corpuscules de direction, parce qu'ils déterminent l'origine et la direction du premier sillon de segmentation. Le sillon s'étend bientôt à tout le pourtour de l'ovule, s'approfondit, et sépare l'une de l'autre deux cellules filles. Ces cellules et leurs descendantes, pendant toute la segmentation, portent le nom spécial de *blastomères*, ou *sphères vitellines, sphères de segmentation*. Ce sont là les phénomènes extérieurs. Mais si l'ovule est suffisamment transparent et possède une nucléine assez réfringente, ou bien si l'on fixe et colore par des procédés appropriés, on voit en outre que cette division se fait selon les lois ordinaires de la caryocinèse. Nous avons vu déjà, chez l'Ascaris par exemple, comment se divise le spermocentre pour former les centrosomes, les différentes phases que traverse le noyau, et comment, à chaque nouveau noyau, est dévolu un nombre égal d'anses de nucléine provenant de l'organisme paternel et de l'organisme maternel.

Au-delà, comme nous le verrons, la divison peut varier avec l'espèce, avec la constitution de l'œuf. Mais chez la plupart des animaux où elle se passe très régulièrement, on voit bientôt un deuxième sillon apparaître, toujours passant par les pôles, et perpendiculaire au premier; le nombre des cellules ou blastomères se trouve porté à quatre.

Le troisième sillon est perpendiculaire aux deux premiers à la fois, c'est-à-dire qu'il est parallèle à l'équateur de l'ovule, et souvent se confond avec cet équateur, donnant huit blastomères égaux.

Puis la division peut continuer dans le même ordre (grenouille), c'est-à-dire qu'on voit apparaître, simultanément cette fois ou presque, deux nouveaux sillons méridiens auxquels succèdent rapidement deux sillons parallèles à l'équateur, et ainsi de suite.

Mais en général plus on avance, et plus le processus perd de sa régularité. Dès le stade 4, il se produit des glissements qui modifient la position des blastomères, de sorte que les sillons ne sont plus l'un par rapport à l'autre aussi nettement orientés que nous venons de le décrire. Tout ce qu'on peut dire, c'est que chaque nouvelle cellule se divise bientôt en deux cellules filles, de sorte que le nombre des éléments s'accroît très rapidement. Dès les premières divisions, nous nous trouvons en présence d'un petit amas arrondi de cellules juxtaposées dit amas mûriforme à cause de sa ressemblance avec une mûre. Nous l'appellerons d'un seul mot avec HÆCKEL une *morula*. Le nouvel être revêt donc successivement deux formes : la forme unicellulaire ou *cytula* (petite cellule, HÆCKEL), la forme d'un amas cellulaire ou *morula*, caractéristique de la segmentation, mûre à grains de plus en plus nombreux et de plus en plus petits. En s'écartant l'un de l'autre dès le stade 4, les blastomères laissent entre eux une petite cavité centrale dite cavité germinative (VON BAER) ou *cavité de segmentation*, qui peut s'accroître considérablement en certains cas, comme nous le verrons.

C'est suivant ce type dit de *segmentation totale et égale* ou à peu près (subégale), que se développe généralement l'œuf des mammifères. Ces premiers stades n'ont encore pu être observés chez l'homme. Mais il n'est pas douteux qu'ils ne soient absolument analogues à ceux que l'on connaît bien chez plusieurs animaux supérieurs.

C'est BARRY (1839 et 1840, in *Philosophical transactions*) qui a découvert les phénomènes de la segmentation chez les mammifères (lapin). C'est BISCHOFF (1838-1843) qui les a le premier étudiés avec détails et soigneusement figurés chez le chien, le lapin, le chevreuil. Pour les deux premiers animaux, il donne d'excellents dessins des stades 2, 4, 8, 16 et au-delà. Mais il n'est pas persuadé que les « sphères vitellines » soient déjà des cellules. COSTE, en France, fit bientôt des observations analogues (lapin), 1847-1859 (Atlas). HENSEN, KŒLLIKER, SCHÆFER, puis de nombreux auteurs les ont reprises. LIEBERKUEHN, HEAPE ont suivi la segmentation chez la taupe, KEIBEL chez le hérisson, TAFANI chez le rat, VAN BENEDEN et JULIN (1880) chez le lapin et chez plusieurs chauves-souris. TOURNEUX chez le lapin, etc... Depuis KŒLLIKER et REMAK déjà, on ne doute plus que les « sphères vitellines » ne soient de véritables cellules, et on ne voit plus dans la segmentation qu'un simple phénomène de multiplication cellulaire.

Si nous prenons pour type le lapin, qui est le mieux connu, nous voyons que la fécondation a lieu de 9 heures (VAN BENEDEN et JULIN) à 13 heures (TOURNEUX) après la copulation, dans l'intérieur de la trompe. Le stade 2 a été observé sur des œufs arrivés à la portion moyenne de ce conduit, de la dix-neu-

viême à la vingt-unième heure, soit huit heures après la fécondation, pour Tourneux, dix ou douze heures après pour Van Beneden et Julin. Leur volume, non modifié, est d'un peu moins de deux dixièmes de millimètre ; la membrane pellucide continue à envelopper les deux blastomères qui flottent librement à son intérieur, séparés d'elle par le liquide périvitellin. Dans ce liquide on trouve aussi les globules polaires et de nombreux spermatozoïdes. L'ovule s'est entouré en outre d'une légère couche d'albumine, que sécrète autour de lui la muqueuse de la trompe, tandis que ses cils vibratiles le chassent vers l'utérus. De même que l'ovule est l'analogue du jaune de l'œuf de la poule, cette couche d'albumine représente l'albumen épais, ou blanc de l'œuf des oiseaux, sécrété dans les mêmes conditions et par le même organe. Suivant à partir de là les chiffres donnés par Tourneux (Précis d'Embryologie, 1898), nous trouvons à la vingt-neuvième heure (seize heures après la fécondation) quatre blastomères ; à la trente-cinquième, huit blastomères. A la quarante-neuvième la couche d'albumine, fort augmentée et disposée par strates, atteint 60 μ d'épaisseur ; les œufs ont peu avancé, ils atteignent seulement le tiers interne de la trompe, la morula est formée de vingt-huit blastomères. A partir de là, il devient très difficile de les compter. Ils se différencient aussi en deux variétés : cellules animales superficielles, et cellules végétatives centrales, plus grosses et plus granuleuses. Enfin, à la soixante-seizième heure (soixante-trois heures après la fécondation), les œufs atteignent l'ouverture interne de la trompe. Ils pénètrent dans l'utérus de la 80e à la 85e heure. Durant ce trajet de 63 heures à travers l'oviducte, beaucoup plus rapide dans la première moitié que dans la seconde, la segmentation s'est donc presque intégralement accomplie. Le nombre des blastomères s'est considérablement accru. La partie essentielle de l'œuf n'a pas sensiblement augmenté de volume ; mais comme elle s'est revêtue d'une couche d'albumine de plus en plus épaisse, mesurant à la fin jusqu'à 190 μ, le diamètre total est de près d'un demi-millimètre. L'œuf se présente à l'œil nu sous la forme d'une petite perle claire assez difficile à apercevoir à cause de sa transparence.

Les troubles de la segmentation. — Nous n'irons pas plus loin pour le moment dans l'étude des faits normaux. Nous aurons à revenir bientôt sur les variétés qu'introduit dans la segmentation la présence d'une plus ou moins grande quantité de vitellus nutritif chez les différentes classes de vertébrés ; car c'est ainsi seulement que nous pourrons bien comprendre la formation des feuillets blastodermiques chez les animaux supérieurs. Mais actuellement, il est presque indispensable de donner quelques instants à l'exposition de phénomènes récemment étudiés et qui ont pour le médecin un intérêt tout particulier. Je veux parler de quelques *accidents de la segmentation*, de ce qu'on pourrait appeler la *pathologie de la segmentation*.

Au moment où vient de se former l'être nouveau, si délicat, réduit à un petit groupe de cellules, on comprend que les moindres influences physico-chimiques puissent arrêter ou faire dévier le développement, puissent, en un mot, donner un produit malingre, ou monstrueux, qui sera capable, ou de survivre, ou d'aboutir à un avortement plus ou moins précoce.

Depuis nombre d'années déjà, quelques-uns de ces phénomènes ont attiré l'attention. Ainsi Dareste (1865-1891) a étudié en détail l'influence des variations de température sur l'évolution de l'œuf de poule pendant l'incubation ; et en portant cette température au-dessus ou au-dessous de la moyenne, en la faisant agir inégalement sur les différentes parties de l'œuf, il est arrivé à produire souvent, à volonté, certaines monstruosités. Il insiste sur ce point, que les causes tératogéniques doivent agir avec plus d'efficacité peut-être encore avant l'incubation, c'est-à-dire précisément pendant la segmentation. Féré (1893-1897) a continué ces expériences, s'efforçant surtout d'apporter au milieu ambiant des modifications, soit par des injections dans l'albumen, soit en exposant simplement l'œuf aux émanations des substances expérimentées. C'est ainsi qu'il a produit des troubles plus ou moins marqués du développement, en faisant intervenir les alcools, la nicotine, les essences diverses, le phosphore, le musc, les venins, etc... Charrin, chez les mammifères, a montré plusieurs fois à la Société de Biologie, en ces dernières années, l'influence, dans la production d'arrêts de développement ou de monstruosités, de toxines injectées aux parents.

Mais nous n'avons à signaler ici qu'en passant ces expériences, car elles ne portent pas sur le point particulier du développement que nous étudions ici. Chez le poulet notamment, l'œuf est déjà segmenté alors qu'on le met en incubation.

Il fallait, pour étudier facilement les influences extérieures sur le premier développement, s'adresser à des animaux qui rejettent l'œuf avant la fécondation ou aussitôt après, c'est-à-dire aux vertébrés inférieurs et aux invertébrés. C'est depuis quelques années seulement qu'on a entrepris méthodiquement ces recherches, et qu'on a multiplié avec beaucoup d'ingéniosité les expériences. Nous ne citerons que quelques-unes des plus saillantes. En 1887 les frères Hertwig ont soumis des œufs d'oursins en segmentation à des influences chimiques, caloriques, mécaniques variées, et ont constaté que d'importantes modifications étaient apportées au processus normal (retards ou arrêts de développement, monstruosités, etc...). Herbst, en 1892, ajoutant des sels de lithine à l'eau de mer où il élève également des œufs d'oursins, change les conditions d'osmose entre les tissus et le milieu ambiant. Il obtient ainsi dans la segmentation des modifications très légères en apparence, mais qui empêchent plus tard l'invagination gastrulaire, c'est-à-dire l'invagination destinée à former l'intestin. Bien plus, chez ces « larves au lithium », au lieu d'une invagination se produit une évagination, une sorte de prolapsus intestinal total d'emblée.

Mais je n'entrerai dans quelques détails qu'à propos d'une expérience du même genre récemment faite par O. Hertwig sur l'œuf de la grenouille (1895), puis de l'Axolotl (1896). Ce qui donne à cette expérience un intérêt particulier, c'est que l'agent chimique employé est le vulgaire sel marin, et que des variations de quelques dixièmes dans la salure de l'eau suffisent à produire des résultats absolument différents. Ainsi, chez la grenouille verte (Rana esculenta) une solution à 10 pour 1.000 arrête le développement au bout de quelques heures, avant l'achèvement des deux premiers sillons de segmentation. Des solutions à 9, 8, 7 pour 1.000 laissent continuer le développement respectivement jusqu'au deuxième, troisième et quatrième jour, c'est-à-dire, dans le dernier cas, jusqu'au début de la gastrulation ou formation de l'intestin.

La grenouille rousse (R. fusca) est un peu moins sensible. Avec la solution à 10 pour 1.000 la segmentation a lieu, mais d'une façon anormale. Avec des solutions faibles, au dessous de 5 pour 1.000, le développement est à peine troublé. Les solutions intermédiaires permettent un développement plus ou moins complet avec des anomalies très remarquables. Ce qui caractérise essentiellement en effet la segmentation chez ces *larves au sel*, c'est qu'elle est retardée par une sorte de diminution de vitalité des cellules. C'est encore que ce retard, que cette diminution de vitalité n'atteignent pas également toutes les cellules, ni les différentes parties d'une même cellule. Quand le processus de division s'arrête peu après le début de la segmentation, cet arrêt porte d'abord uniquement sur le protoplasme, et les noyaux continuent à se multiplier pendant un certain temps ; d'où formation d'éléments à noyaux multiples. En outre, dès qu'il y a huit cellules, celles du pôle inférieur, plus chargées en vitellus, sont plus sensibles que les autres à l'action du sel, et, en retard dans leur évolution, il en résulte des déviations très singulières qu'Hertwig a obtenues, particulièrement nettes, avec la solution à 6 pour 1.000. L'invagination gastrulaire se fait avec peine, est considérablement retardée, alors que le développement des autres parties continue ; si bien qu'elle n'est pas achevée au sixième jour, alors que la tête et le rudiment de la queue sont déjà formés. Par l'orifice largement distendu de la gastrula ou blastopore, qui est ici destiné à devenir l'anus, et qui en occupe déjà la position sous le bourgeon caudal, la plus grande partie des cellules vitellines, destinées à former l'intestin, fait encore saillie (énorme et tardif bouchon vitellin saillant). D'autre part, le tube destiné à former le système nerveux central s'est bien normalement séparé du feuillet externe et fermé dans la majeure partie de son étendue. Mais dans la région des cerveaux moyen et postérieur il reste largement ouvert. Les ventricules communiquent en ce point avec l'extérieur ; l'encéphale et le crâne manquent de plafond : c'est en un mot l'ébauche d'une forme d'Anencéphalie et d'Hémicranie.

Chez l'Axolotl, avec une solution de sel à 5 pour 1.000, le développement est normal ; à 6 pour 1.000 les éléments formateurs du système nerveux sont atteints, entrent partiellement en dégénérescence, et la gouttière neurale éprouve à se fermer la même difficulté que dans le cas précédent.

Ainsi donc, une faible quantité d'un sel en apparence inoffensif peut arrêter net le développement, le retarder simplement, ou déterminer des monstruosités plus ou moins graves, alors qu'une variation infime d'un millième en moins dans la concentration de la solution permet à ce développement de s'accomplir normalement. Des espèces très voisines (grenouille verte et

rousse) et probablement aussi les individus d'une même espèce, réagissent assez différemment. Enfin, notons aussi avec Hertwig que les différentes cellules de segmentation, et les tissus qui en dérivent, sont plus ou moins sensibles à ces influences, et que quelques-unes constitueront toujours des *loci minoris resistentiæ* qui seront le siège des lésions. Telles sont dans le cas particulier les cellules du pôle végétatif, et plus tard les cellules mères du système nerveux, d'où les anomalies fréquentes des organes qui en dérivent.

J'ai insisté sur cet exemple parce qu'il est typique, mais nous en pourrions prendre d'autres, dans l'action de la température par exemple, étudiée par les frères Hertwig, et conduisant à des résultats comparables.

Ces cas suffisent pour vous montrer l'*influence très grande des variations du milieu* pendant tout le développement, mais particulièrement à ses premiers stades, *pendant l'acte de la segmentation*, influences qui peuvent être de nature mécanique (pressions, rotations...), physiques (température, électricité...) ou chimiques (variation de composition du milieu par changement de proportions des substances constituantes, ou introduction de substances nuisibles).

Cette sensibilité spéciale de l'être nouveau aux plus légères variations chimiques du milieu ambiant doit attirer particulièrement votre attention. Que l'organisme de la mère soit, au moment de la conception et dans les jours qui suivent, saturé d'alcool, de morphine, de nicotine, d'une toxine, d'un poison ou d'un médicament quelconque (et il peut l'être par des doses faibles mais répétées), et aussitôt le milieu dans lequel va évoluer l'ovule fécondé se trouve assez modifié pour que le développement de cet ovule soit dès l'origine, dès la segmentation, complètement arrêté ou gravement compromis. Et c'est là presque sûrement l'origine de bien des avortements très précoces, l'origine aussi de malformations, de monstruosités qui pourront permettre au fœtus d'arriver à terme, mais le laisseront à l'état d'être incomplet, parfois hideux, et n'ayant presque rien d'humain. La crainte de telles conséquences vous aidera peut-être un jour à persuader et à guérir quelques victimes de l'alcool ou de la morphine. N'oubliez pas que vous devez aussi être très réservés dans l'emploi de bien des médicaments, car très facilement vous vous exposez à produire vous-mêmes chez la jeune femme ces modifications nuisibles du milieu. Peut-être verrons-nous un jour la thérapeutique chercher méthodiquement au contraire à modifier ce milieu d'une manière favorable et commencer rationnellement le traitement des diathèses.... ab ovo !

Détermination des premiers blastomères : Jumeaux univitellins et monstres doubles. — Nous n'avons parlé jusqu'ici que des troubles généraux de la segmentation; prenons maintenant un seul temps très limité de ce phénomène, le premier, le plus important : la division de l'ovule en deux blastomères. Nous allons nous trouver en présence de faits normaux du plus haut intérêt, et de déviations pathologiques non moins importantes.

Chacune des deux premières cellules, s'est-on demandé, a-t-elle une destination précise, correspond-elle dès lors à une partie donnée du corps ; ou bien est-elle indéterminée, et ses descendantes susceptibles de concourir chez un individu à la formation de tel organe, chez un autre à celle d'une partie différente ? La question n'est pas encore complètement tranchée, sa solution varie dans une certaine limite avec les espèces animales, mais les travaux de ces dernières années nous permettent, je crois, de la présenter pour l'instant de la façon suivante :

Une première série de recherches a montré que les premières blastomères ont une destination précise. Chez beaucoup d'invertébrés la chose est hors de doute depuis longtemps. Ainsi M. Hallez, suivant, en 1885, la segmentation chez les Nématodes (Ascaris megalocephala), a pu étiqueter pour ainsi dire non seulement les deux, mais les vingt-quatre premières cellules, et montrer quelles sont les parties qui dérivent de chacune d'elles. Ici, comme chez beaucoup d'autres animaux, le premier plan de segmentation sépare les initiales de l'ectoderme et de l'entoderme. D'après Van Beneden et Julin il en serait de même précisément chez les mammifères. Le second plan de segmentation (stade 4) détermine la moitié antérieure et la moitié postérieure du corps. C'est à la troisième génération seulement (stade 8) que les futurs éléments des moitiés droite et gauche du futur Ascaris se trouvent séparés.

L'ordre n'est pas toujours le même, car chez les ascidies (Tuniciers), chez la grenouille, c'est le premier plan de segmentation qui détermine les moitiés droite et gauche du corps, c'est le troisième seulement qui opère le triage des initiales de l'ectoderme et de l'en-

toderme. C'est du moins ce qui ressort des belles expériences de CHABRY sur l'Ascidia (Ascidiella aspersa) au laboratoire de Concarneau en 1887, et de celles de ROUX, en Allemagne, sur la grenouille, en 1888 En tuant par piqûre l'un des deux premiers blastomères, ces auteurs voient l'autre continuer son développement, et donner, selon que c'est le droit ou le gauche qui persiste, un demi-individu droit ou un demi-individu gauche.

Dès 1886, M. HALLEZ formulait à la suite de ses observations cette conclusion, qu'il existe déjà dans le protoplasme ovulaire une sorte de triage des molécules, orientées suivant un arrangement défini, et que chacune d'elles a dès lors sa destination. La segmentation ne ferait qu'établir entre les divers groupes des barrières définitives. C'est la théorie que ROUX a reprise après ses expériences et sous une forme à peine différente, en lui donnant le nom de *théorie de la mosaïque* : les matériaux destinés aux différentes parties de l'organisme sont dès l'origine rangés côte à côte dans l'ovule à leur place définitive, comme les pièces d'une mosaïque.

Une seconde série de recherches est venue non point combattre ces conclusions, croyons-nous, mais leur enlever ce qu'elles ont de trop absolu. Les blastomères, les deux premiers notamment, auraient bien chacun leur destination, mais cette destination pourrait changer au gré des influences extérieures. Chez certaines espèces surtout *la détermination, la prédestination des premières cellules est très faible*, et un simple changement de position de l'œuf peut la modifier du tout au tout. La différenciation des blastomères devient ainsi *fonction du lieu*, suivant l'expression de DRIESCH. Au début ils sont presque indifférents, plus le développement fait de progrès, et plus la spécificité s'accentue (1).

Les expériences citées elles-mêmes s'inscrivaient déjà contre la détermination absolue. CHABRY admettait que la destination des cellules peut varier dans certaines limites. ROUX (et O. HERTWIG) avaient vu chez la grenouille les demi-individus régénérer peu à peu au cours du développement la moitié manquante et se compléter.

Mais la 2e série de recherches à laquelle je fais allusion est plus probante encore. DRIESCH, MORGAN, en secouant dans l'eau des œufs d'oursins en voie de segmentation, sont arrivés à isoler l'un de l'autre sans les tuer les deux ou quatre premiers blastomères et de chacun s'est développé non pas 1/2 ou 1/4 d'individu, mais un embryon complet. VILSON en a fait autant chez un vertébré, chez l'Amphious. ZOJA, chez certaines méduses hydroïdes, a obtenu encore seize larves complètes des seize premiers blastomères isolés. HÆCKEL autrefois déjà avait obtenu en secouant l'œuf segmenté des siphonophores autant de larves que de fragments. Enfin, pour arriver à des animaux plus élevés en organisation, HERTWIG (1893), en répétant les expériences de ROUX sur la grenouille, a obtenu un embryon complet et non un demi-embryon. MORGAN (1895), tuant l'un des deux blastomères chez le même animal, a vu se développer en certains cas, suivant qu'il laissait l'œuf en sa position normale ou le retournait, un demi-embryon ou un embryon complet, mais moitié plus petit que normalement.

MORGAN, DRIESCH, O. HERTWIG en concluent à l'indifférence absolue des premiers blastomères. Nous croyons qu'ils vont beaucoup trop loin, et nous dirons seulement que la détermination des premières cellules est très faible, puisque les circonstances du développement peuvent la modifier à ce point. On ne peut dire avec ROUX (et malgré sa théorie complémentaire de la postgénération, renversée par d'autres expériences) qu'au stade 2 le blastomère droit par exemple ne contient que les matériaux destinés à la moitié du corps, puisque ce blastomère, isolé par secouage, peut donner d'*emblée* un embryon complet à développement normal.

Mais ce fait est encore plus net dans d'autres cas auxquels nous allons arriver, cas intéressants pour le médecin, puisqu'ils fournissent une nouvelle explication de la *gémellité univitelline* et *de la monstruosité double ou multiple*.

Lorsque HANS DRIESCH, en 1891, faisait ses expériences de secouage, le plus souvent il isolait complètement les deux premiers blastomères, mais parfois la membrane restait intacte et les deux cellules étaient simplement détachées l'une de l'autre à son intérieur. Dans cette coque commune on les voyait évoluer isolément pour donner deux jumeaux.

HERLITZKA (1895) est arrivé au même résultat chez un vertébré, chez le Triton, en séparant les deux premiers blastomères avec un cheveu. Un seul ovule, normalement fécondé, peut donc en principe donner un seul être, ou deux jumeaux renfermés dans les

(1) Il faut ajouter qu'au cours du développement le lieu que viennent à occuper les cellules est souvent influencé par les affinités chimiotactiques spéciales de chacune d'elles.

mêmes enveloppes. Tous les jumeaux, bien entendu, n'ont pas cette origine. Le plus souvent ils proviennent de deux ovules distincts, et alors, dans l'espèce humaine, ils ont chacun leur chorion et leur placenta. Mais on trouve parfois un chorion commun et un placenta commun. Dans ce cas, qu'il y ait deux amnios ou un seul, les deux jumeaux dérivent d'un seul œuf, ils sont ce qu'on appelle des jumeaux *univitellins*.

Or, Isidore Geoffroy St-Hilaire et surtout Dareste, ont montré que la *monstruosité double* ou *diplogénèse* n'est qu'un cas particulier de la gémellité univitelline. C'est-à-dire que les monstres doubles ne sont que deux jumeaux univitellins intimement soudés. Hans Driesh devait s'attendre par conséquent à trouver parfois à la place de deux jumeaux dans la même coque, chez ses oursins, un monstre double. C'est ce qui lui arriva en effet. Oscar Schultze, en 1894, parvint de même à produire des monstres doubles, chez la grenouille, par un autre procédé. Pendant la formation du premier sillon de segmentation, il comprime assez fortement entre deux lames de verre l'œuf placé dans sa position naturelle, c'est-à-dire le pôle négatif, le pôle blanc, regardant en bas. Puis il retourne le système de façon à placer ce pôle en haut et à l'y maintenir un certain temps. Très généralement il obtient un monstre double, et Wetzel a pu suivre quelques-uns de ces monstres dans leur développement au-delà de la formation de l'intestin et du système nerveux. Dareste, depuis longtemps, en faisant varier les conditions du développement, est arrivé à reproduire à volonté les principales variétés de monstres simples. Il croyait la chose impossible pour les monstres doubles. Les expériences d'O. Schultze complètent les siennes, elles montrent qu'à volonté aussi, l'on peut produire des monstres doubles, qu'à volonté on peut faire évoluer d'un seul et même ovule normalement fécondé un seul être, deux jumeaux indépendants, ou un monstre double.

Nous avons vu en étudiant la fécondation que la polyspermie, c'est-à-dire l'entrée de plusieurs spermatozoïdes dans l'œuf, avait également donné entre les mains des expérimentateurs de pareils monstres. Voici donc deux causes capables de produire la diplogénèse. Y en a-t-il d'autres? Parfois on a observé des œufs à deux vésicules germinatives ; on conçoit qu'il puisse en résulter un monstre double, mais cela n'a pu être encore suivi. Parfois en revanche on a assisté à la fusion de deux ovules enfermés accidentellement dans une seule coque, et M. le Professeur De Lacaze-Duthiers est arrivé à reproduire expérimentalement ce phénomène chez un mollusque (Philine aperta). Dans ce cas, il a vu se former un monstre double : mais les deux composants n'étaient unis que superficiellement.

Dans l'état actuel de nos connaissances nous connaissons donc au moins quatre causes différentes capables de donner des monstres doubles, dont trois seulement contrôlées par l'expérimentation, mais on peut probablement considérer la troisième comme une simple variété de la quatrième. Ces causes sont-elles susceptibles d'intervenir toutes trois chez l'homme? c'est ce que nous ignorons. Tout ce que nous pouvons dire c'est que la polyspermie était, il y a quelques années encore, pour la plupart des auteurs et notamment pour M. le Pr M. Duval, la cause la plus probable des monstruosités doubles ou multiples dans l'espèce humaine. Ce que nous pouvons ajouter après les expériences d'Oscar Schultze, d'Hertwig, etc..., c'est que *l'action des influences extérieures pendant la segmentation, sur l'œuf normalement fécondé, en est actuellement une des causes les plus probables*, puisqu'elle a donné, chez un vertébré aussi élevé en organisation que la grenouille, des monstres qu'on a pu suivre jusqu'à une période avancée du développement, et qui auraient vraisemblablement achevé leur évolution, si on ne les avait tués pour les étudier. Quelles peuvent être ces influences ? Des influences mécaniques, renversements ou compressions dans l'intérieur de la trompe, du genre de celles que produit O Schultze entre ses lames de verre ; peut-être aussi des influences chimiques, des altérations du milieu, car les frères Hertwig, faisant varier le milieu dans un autre but, ont obtenu des diplogénèses ; des toxines peut-être, car Charrin a présenté à la Société de Biologie une série de monstres simples provenant de cobayes ou lapins auxquels on avait injecté des toxines, mais parmi eux aussi un monstre double de cobaye. Ce sont des points à élucider pour l'avenir.

Sans entrer ici dans un chapitre de tératologie, je voudrais vous montrer en quelques mots et par quelques exemples comment se forment et ce que peuvent être ces monstres doubles chez les vertébrés supérieurs et chez l'homme.

Nous verrons bientôt que le premier indice de l'ap-

parition de l'embryon est une simple traînée cellulaire dite *ligne primitive* et que la première ébauche persistante du corps de l'embryon (car la ligne est une formation transitoire) est le *prolongement céphalique* de cette ligne qui deviendra la *corde dorsale*, axe cellulaire autour duquel se développeront les vertèbres.

Or, chez les monstres doubles de poulet, étudiés notamment par DARESTE, GERLACH, etc... à divers stades du développement, on voit se former, au lieu d'une ligne primitive simple, soit deux lignes primitives distinctes, soit une seule ligne bifurquée antérieurement (GERLACH). Dans le premier cas, les deux lignes sont toujours disposées à la manière de rayons s'étendant du bord de l'aire jusque vers le centre, comme l'a fait remarquer RAUBER en sa Théorie de la Radiation. Mais ces rayons peuvent occuper l'un par rapport à l'autre toutes les positions possibles, être opposés, dessiner un angle obtus, droit, aigu, ou enfin être voisins et parallèles ; un degré de plus et ils se confondent en une seule ligne antérieurement bifide. Si les deux lignes primitives sont suffisamment distantes pour que les corps ne viennent pas à se rencontrer au moment de leur premier développement, elles donnent deux jumeaux univitellins, c'est-à-dire deux êtres qui n'ont de commun que les enveloppes ; si elles sont voisines ou déjà soudées, elles sont l'origine de deux corps plus ou moins intimement unis, soudés superficiellement, ou tellement fusionnés en certaines de leurs parties, que celles-ci apparaissent uniques. DARESTE, GERLACH, REICHERT, ont montré chez le poulet des exemples de ces embryons doubles à différentes phases du développement. Suivant le degré de fusion, on y voit les deux névraxes distincts, ou plus ou moins confondus.

Parmi ces monstres, les uns avortent de bonne heure, les autres arrivent à terme ; d'aucuns sont viables ou peuvent même atteindre l'âge adulte.

Is. GEOFFROY SAINT-HILAIRE les a répartis en deux classes : les *Autositaires* et les *Parasitaires*. Ces derniers sont caractérisés par ce fait que l'un des deux composants seul est bien développé, l'autre réduit parfois à une partie du corps, à un membre supplémentaire comme les *Polyméliens*, à une tête supplémentaire comme les *Epicomes*, même parfois à une simple mâchoire rattachée à celle du sujet principal, comme les *Polyméliens*. Le sujet accessoire, incomplet, vit donc comme en parasite sur le premier, et à ses dépens.

Les *Autositaires* sont au contraire les véritables *monstres doubles*, à deux composants égaux ou à peu près. Ils sont eux-mêmes répartis en trois groupes que GEOFFROY SAINT-HILAIRE distingue par les désinences différentes de pages, adelphes ou didymes appliquées à leurs différentes familles, d'où les noms de Tératopages, Tératadelphes, Tératodymes, sous lesquels on peut les désigner plus commodément, avec le professeur MATHIAS DUVAL.

Les *Tératopages* sont en général superficiellement unis (frères Siamois) ou du moins les deux individus sont presque complets. L'union ayant lieu plutôt par les parties centrales que par les extrémités, on peut en donner, avec M. MATHIAS DUVAL, une idée approchée en les comparant à un X (à un H, dit Louis BLANC, ce qui revient au même, d'où le nom de monstres hétoïdes).

Les *Tératadelphes* sont plus intimement soudés, et par les parties supérieures, têtes seules, ou têtes et corps, toujours doubles en tous cas au-dessous de l'ombilic. Un λ renversé les symbolise donc bien (M. DUVAL). (Louis BLANC les compare à un λ, d'où le nom de monstres lambdoïdes).

Les *Tératodymes* sont aussi intimement fusionnés, mais en sens inverse, c'est à-dire par les parties inférieures, et ne deviennent doubles que plus ou moins haut au-dessus de l'ombilic, ayant tantôt deux thorax distincts en totalité *(psodymes)* ou en partie (*xiphodymes*), ou seulement deux têtes et deux cous *(dérodymes)* ou deux têtes soudées par la nuque *(iniodymes)*, ou enfin une seule tête portant deux faces séparées *(opodymes)*. Les deux premières variétés ont quatre bras ; les membres inférieurs sont toujours au nombre de deux seulement. Ce sont en un mot des monstres en Y (ou ypsiloïdes de Louis BLANC).

Les monstres de ce dernier groupe sont particulièrement étranges, par ce fait qu'ils n'ont qu'un seul corps (à partir de l'ombilic tout au moins) au service de deux cerveaux, de deux intelligences, de deux caractères souvent opposés. Comme exemple à l'appui, je vous rappellerai le xiphodyme féminin Rita-Christina, étudié par SERRES. Née viable et élevée jusqu'à l'âge de neuf mois, Rita-Christiana présentait déjà nettement deux caractères et deux tempéraments différents. Ainsi l'une des têtes était cyanosée, malingre, d'humeur maussade, l'autre d'aspect bien portant et toujours souriante. GEOFFROY SAINT-HILAIRE raconte que sous Jacques IV, un monstre

masculin du même genre aurait vécu en Ecosse jusqu'à l'âge de 28 ans.

Deux autres raisons me font m'arrêter un instant sur les Tératodymes. C'est, d'une part, qu'Oscar SCHULTZE et WETZEL, dans leurs expériences sur la segmentation, ont produit surtout des monstres de ce genre. C'est, d'autre part, que je puis vous en présenter un que j'ai eu l'occasion d'étudier récemment avec M. le docteur BUÉ. Le sujet, recueilli dans un avortement à la clinique d'accouchement du Professeur GAULARD, possède deux têtes et deux cous sur un corps unique ; c'est un dérodyme par conséquent Il présente pour nous ici un intérêt tout particulier. Généralement on n'observe guère ces monstres que vers la fin de la grossesse ou au moment de l'accouchement. Or celui-ci (cas unique), est un embryon de 5 à 6 semaines, et mesurant 19 millimètres de longueur seulement. L'etude d'un double individu aussi peu avancé en évolution, sa comparaison avec les embryons plus jeunes observés chez les oiseaux par DARESTE, GERLACH..., nous permettent de suivre, dans une certaine mesure, le mécanisme de sa formation. La cause initiale a été un trouble de la fécondation ou de la segmentation : nous ne pouvons préciser. Puis, à un moment donné, se sont développées sur la vésicule blastodermique deux lignes primitives au lieu d'une seule, très voisines, ou même fusionnées en arrière. En effet, il y avait deux prolongements céphaliques de lignes primitives, puisque nous retrouvons sur notre sujet, deux cordes dorsales, absolument distinctes d'un bout à l'autre, mais se rapprochant graduellement d'avant en arrière jusqu'en la région sacrée, où elles sont très voisines Mais autour de ces deux axes distincts, nous trouvons dans la même région sacrée, une seule colonne vertébrale cartilagineuse en voie de développement. Dans la région lombaire, les deux axes s'écartant, on trouve deux colonnes encore unies ; dans la région dorsale seulement elles se séparent, ne restant reliées que par les côtes. Nous assistons donc au fusionnement graduel de certaines parties primitivement doubles. Nous pouvons presque affirmer que d'un ovule unique, d'un être unique, les troubles de la fécondation ou de la segmentation ont fait à l'origine deux jumeaux univitellins à l'état d'ébauche.

Mais ces ébauches jumelles, trop rapprochées l'une de l'autre pour évoluer séparément, tendent au cours du développement à se réunir de nouveau en un seul être, sans y réussir complètement (1).

Insister davantage sur ces faits nous entraînerait trop loin. Je n'ai pas eu l'intention de vous résumer en une demi-leçon toute une partie de la Tératologie, mais de vous en montrer l'intérêt. Je n'ai pas voulu non plus vous exposer méthodiquement tous les troubles de la segmentation. Prenez ceci comme une simple causerie, appuyée sur quelques exemples, et destinée à appeler votre attention sur les premières périodes du développement. Malgré leur apparente simplicité, vous pouvez comprendre maintenant qu'elles soulèvent des questions du plus haut intérêt, et encore trop peu étudiées. Vous devez vous rappeler surtout que les moindres variations dans les conditions physiques et chimiques du milieu ambiant à ce moment, peuvent conduire avec la plus grande facilité à l'avortement, à la monstruosité, ou tout au moins retentir fâcheusement sur toute l'évolution du nouvel être.

Hôpital maritime de Berck-sur-Mer

Rupture d'abcès appendiculaire au cours du palper abdominal. Laparotomie immédiate. Guérison.

par MM. **F. Cathelin** et **G. Lévesque**, Internes des hôpitaux de Paris.

Bien que née depuis peu, en tant qu'interprétation anatomique, l'appendicite compte déjà à son actif un nombre considérable d'observations.

Toutefois, la question de l'intervention n'en reste pas moins, encore aujourd'hui, une des plus discutée et nous voulons par notre cas — bien que particulier — montrer l'opportunité et la bénignité relative d'une intervention hâtive et complète.

(1) Ils peuvent en certains cas y arriver presque, sans conserver de traces extérieures de la duplicité primitive. Parmi les opodymes, nous trouvons en effet toutes les transitions entre la dualité et l'unité apparentes. Certains sujets ont deux faces bien complètes ; d'autres n'ont plus que trois oreilles, la médiane étant commune. A un degré de plus, les deux yeux proximaux se logent dans un même orbite, ou même se confondent en un seul, médian et commun (Atlas d'AHLFELD). Enfin dans les plus légers degrés de duplicité, on ne trouve plus que deux yeux et deux oreilles comme dans un visage normal, mais une double cavité buccale, avec deux langues réunies en arrière. Louis BLANC, de Lyon, a même étudié, en 1895, sous le nom de splanchnodymes, de véritables monstres doubles dont les apparences extérieures et même le squelette seraient d'un être unitaire, tandis que certains viscères témoigneraient seuls de la duplicité primitive. Ainsi une femme de 52 ans (BIMAR) qui n'avait jamais attiré l'attention, présentait à l'autopsie un double appareil nasal, un cerveau formé de deux hémispheres indépendants, et d'un petit hémisphère supplémentaire intercalé. Cette femme représentait donc deux corps fusionnés en un seul, deux intelligences fusionnées ; et bien que ces deux êtres dussent être parfaitement associés, pour fonctionner en définitive jusqu'à un tel âge comme un être unique et normal, il y a lieu de demander si cette dualité ne fut pas l'origine de plus d' « une tempête sous un crâne ! » En tous cas, ce sujet eût mérité d'être sérieusement étudié au point de vue psychologique.

Observation. — Il s'agit d'un enfant de huit ans, André L., entré le 13 mai 1898 à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, dans le service de notre maître, M. le docteur Ménard.

Il ne présentait alors aucune lésion grave mais était faible et anémique, venant chercher à Berck les bienfaits de l'air marin.

Ses parents se portent bien : sa mère, de mine florissante, a eu dix enfants, et le père n'a jamais fait aucune maladie.

Quant à l'enfant, il a eu très jeune, vers l'âge de deux ou trois ans, des végétations adénoïdes avec de fréquentes épistaxis et des ganglions au niveau du cou; il a contracté, en outre, la rougeole il y a quatre ans et les oreillons il y a deux ans, sans aucune complication. On ne relève pas d'autres affections dans son passé pathologique et nous n'avons rien trouvé du côté de l'abdomen : il n'a jamais eu de douleurs de ventre.

Son état de santé, depuis son arrivée à Berck, n'avait donné lieu à aucune inquiétude jusqu'au 17 juillet dernier, où l'enfant fut subitement pris de coliques avec diarrhée et douleurs à la défécation. On lui donna deux grammes de salicylate de bismuth en poudre et il n'en continua pas moins à jouer avec ses petits camarades.

Le lendemain 18, on le laissa couché, car la température du soir s'était élevée à 38°, et le 19, à la visite du matin, on lui trouve la figure un peu fatiguée, sans que le malade souffre beaucoup du ventre.

Il se plaint seulement de légères douleurs à droite et de ne pas avoir uriné depuis la veille.

A l'examen, le ventre est peu tendu, mais à la palpation, on trouve au niveau de la fosse iliaque droite une véritable tumeur, mobile latéralement, fluctuant peu, mais avec vive douleur au point de Mac Burney, ce qui nous fait croire à une appendicite. La vessie paraissant assez grosse, on sonde le malade puis on détermine des pressions prudentes pour favoriser l'expulsion de l'urine. On sent alors immédiatement quelque chose se crever dans le ventre, donnant la sensation d'une poche qui se rompt et fuit sous la main exploratrice, puis le malade rend aussitôt par la sonde une certaine quantité d'urine.

On diagnostique « rupture de poche appendiculaire » et M. Ménard se décide à laparotomiser sur l'heure.

La stérilisation des instruments et des compresses demande à peine une heure et pendant ce temps le malade change de figure ; les traits deviennent tirés et s'altèrent ; on note du hoquet, de très vives douleurs de ventre et un vomissement jaune-verdâtre.

Opération. — Pour les facilités de l'exploration et du drainage, on commence par faire une laparotomie médiane de douze centimètres et dès l'incision du péritoine s'écoule un liquide purulent, d'odeur stercorale, ce qui était en faveur d'une perforation intestinale. Les anses grêles apparaissent rouges et congestionnées.

On fait alors une contre-incision iliaque droite et le cæcum montre aussitôt sa face postéro-interne de couleur verdâtre d'où part l'appendice qui est assez gros pour en imposer un moment pour l'intestin grêle. Il a une position interne descendante ; on l'isole après des manœuvres assez laborieuses puis on le résèque au bistouri et on touche la surface cruentée au thermo-cautère.

Cela fait, on procède au lavage de toute la cavité abdominale en y introduisant par une longue canule deux litres d'eau tiède qu'on cherche à faire pénétrer partout en soulevant la paroi entre les deux incisions et en brassant les anses intestinales.

On suture enfin les deux plaies sauf l'extrémité inférieure de la seconde par où on introduit deux gros drains qui descendent jusqu'au fond de la fosse iliaque. Pansement antiseptique compressif.

Pièce anatomique. — L'appendice enlevé a une longueur de six centimètres ; il est gros, rouge, congestionné et montre deux perforations larges comme un grain de mil à sa partie moyenne, mais son extrémité libre est saine.

A travers l'une des perforations apparaît une petite masse stercorale jaunâtre de la grosseur d'un pois.

A la coupe, la surface interne est rougeâtre, irrégulière, mamelonnée, sans rétrécissement de la lumière du canal.

Suites opératoires. — On fait prendre à l'enfant dès son réveil une pilule d'extrait thébaïque de 0 gr. 01, puis toutes les demi-heures jusqu'au nombre de neuf pilules.

On lui donne seulement quelques cuillerées à café de champagne.

Le soir la température monte à 39°5. Le pouls est plein, régulier ; la langue humide, les yeux vifs. Il n'y a ni ballonnement du ventre, ni douleurs abdominales. Il n'y a eu après l'opération aucune tendance au refroidissement, de sorte que nous n'avons pas eu recours, comme d'habitude, aux injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Mercredi 20 juillet. La nuit a été bonne ; l'enfant n'a pas souffert, seulement quelques douleurs abdominales vagues et intermittentes, plutôt une gêne qu'une douleur ; toutefois il a très peu dormi. Urines excessivement troubles.

Temp. m. = 38.2. Temp. v. = 38,5.

On calme la soif de l'enfant avec de l'eau de Vichy, et le soir, pour lui procurer un peu de sommeil, on lui fait prendre quelques cuillerées d'une potion morphinée.

Jeudi 21 juillet. Les urines sont toujours excessivement troubles, mais l'analyse n'y montre que des phosphates. L'enfant a vomi pendant la nuit et paraît abattu ; le pouls est irrégulier, fréquent, dépressible, mais il n'y a pas de douleurs abdominales. Le petit malade s'endort dans le courant de la journée, et au réveil, vers deux heures de l'après-midi, nous le trouvons beaucoup mieux. Le pouls est redevenu plein et régulier, le facies est bon. On donne une cuillerée d'eau de Vichy et de lait. Potion morphinée le soir.

Temp. m. = 37,6. Temp. v. = 37,8.

Vendredi 22 juillet Les urines sont devenues claires et limpides. On administre le soir un lavement qui provoque une selle. On continue à alimenter l'enfant avec du lait et de l'eau de Vichy.

Temp. m. = 37,5. Temp. v. = 38,5.

Samedi 23 juillet. La nuit a été bonne, l'enfant a bien dormi ; on supprime la potion morphinée.

Premier pansement. Suintement abondant à odeur stercorale On retire les deux drains laissés dans l'incision iliaque et l'on n'en remet qu'un seul.

Temp. m. = 36,8. Temp. v. = 37.9.

Dimanche 24. L'enfant accuse des douleurs dans l'aine du côté droit, douleurs peu violentes à son dire et intermittentes. On ne provoque aucune douleur à la pression.

Temp. m. = 37,4. Temp. v. = 37,6.

Lundi 25. Temp. m. = 38. Temp. v. = 38,5.

Mardi 26. Deuxième pansement. Suintement à odeur stercorale. La pression sur la paroi abdominale fait sourdre du pus par les orifices des drains et par l'extrémité inférieure de la plaie médiane. On enlève les fils sauf quelques-uns cutanéo-musculaires qu'on laisse en place pour plus de sûreté. Dans la partie inférieure de l'incision médiane on place alors un drain pour faciliter l'écoulement du pus et la paroi abdominale est soutenue au niveau des incisions par quelques bandelettes de gaze iodoformée enduites de collodion.

Temp. m. = 38. Temp. v. = 38.6.

Mercredi 27. Temp. m. = 37,6. Temp. v. = 37.8. On continue le lait et l'eau de Vichy.

Jeudi 28. Troisième pansement. Le suintement a perdu son odeur stercorale. Le pus s'écoule par le drain iliaque, le drain sus-pubien n'en laissant passer qu'une quantité minime.

Temp m. = 37,5. Temp. v. = 37,3.

Vendredi 29. Nuit très bonne, c'est la première que l'enfant passe sans se réveiller. Temp. m. = 37,3. Temp. v. = 37,1.

Samedi 30. Nuit également très bonne, on donne un peu de bouillon et un œuf sans pain. L'enfant ne se plaint plus du tout de douleurs abdominales.

Temp m. = 37,2. Temp. v.

Les jours suivants, le malade est alimenté avec du bouillon et des œufs sans pain.

Le mardi 2 août. Quatrième pansement. On ne laisse qu'un drain dans la plaie iliaque. Il y a un suintement peu abondant.

Jeudi 4. On commence à alimenter l'enfant avec un peu de poulet ; les jours suivants, il recommence à manger de la viande. Toutefois il ne va à la selle qu'à l'aide de lavements. On prescrit une cuillerée d'huile de ricin pour le lendemain matin. Depuis ce jour l'enfant va régulièrement à la selle tous les jours, sans lavement.

Mardi 9 août. On laisse encore un petit drain dans l'incision iliaque et les plaies sont complètement cicatrisées à part l'ouverture du drain.

25 août. Plus de drain. On peut considérer l'enfant comme guéri.

Cette observation nous semble intéressante à plusieurs points de vue : nous voulons tout d'abord insister sur la rupture de la poche à l'examen.

Il faut croire que les adhérences intestinales qui circonscrivaient l'abcès étaient très faibles et trop récentes pour opposer une barrière sérieuse, car l'expression vésicale avait été faite avec prudence, ce qui montre avec quelle douceur on doit palper une fosse iliaque soupçonnée d'appendicite enkystée.

En outre, nous ne saurions trop rapporter la cause du succès à la rapidité de l'intervention, faite à peine une heure après la rupture de la poche. Il est certain en effet que si le même cas se présentait en ville, les chances de succès se trouveraient diminuées du temps nécessaire au chirurgien pour réunir ses aides et se pourvoir de tout ce qu'il lui faut, puisque même dans notre cas, malgré la rapidité de l'intervention, nous avons eu, une fois l'abcès rompu, tout le syndrome péritonitique avec douleurs intenses de tout le ventre sensible à la pression, traits tirés, nez froid, hoquet et vomissements, de sorte que cette guérison nous permet dans le cas de généralisation péritonéale, d'opposer la bénignité relative des interventions très précoces à la gravité d'une laparotomie tardive, fût-elle faite quelques heures après le début des accidents : n'existait-il pas déjà dans notre cas de la vascularisation des anses intestinales ?

Nous n'insistons pas sur la résection de l'appendice qu'il faut faire à tout prix pour éviter une récidive ou des complications graves, que cet organe soit perforé ou non.

Il est encore un autre point à mettre en lumière : c'est l'importance d'un lavage abondant et complet de toute la grande séreuse et surtout d'un drainage efficace pour lequel on ne doit pas craindre de pratiquer, comme MM. Berger et Brun, deux incisions iliaques opposées en plus de l'incision médiane.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du tœnia chez les enfants (Guida)

Pour obtenir le succès il faut, avant tout, que le petit malade soit mis à la diète liquide, puisque l'usage des aliments solides rend peu active ou nulle l'action des substances vermicides.

Les préceptes à suivre sont les suivants :

1° Mettre l'enfant à la diète liquide absolue (bouillon avec jaune d'œuf et lait) après administration d'un purgatif, qui sera surtout l'huile de ricin à la dose de 5,10 ou 15 grammes.

2° Donner le vermifuge et mettre l'enfant au lit.

3° Tenir l'enfant sur un vase quelconque plein d'eau, pour éviter que le ver se brise.

Les substances les plus employées comme vermicides sont nuisibles aux enfants ou agissent peu ; de plus, ne pouvant s'administrer sous forme pilulaire ou dans des hosties, on doit

donc les mêler à des substances liquides ou sirupeuses, qui dégoûtent et qui provoquent le vomissement.

Quand il n'est pas possible de les administrer, la potion suivante est très utile :

Eau distillée de menthe.	50	grammes
Extrait éthéré de fougère mâle. .	6	—
Essence de térébenthine	1	—
Sirop de fleurs d'oranger	30	—

A prendre en une fois (Comby).

Ou bien :

Sirop de menthe.	20	grammes
Huile de ricin.	15	—
Extrait éthéré de fougère mâle . .	2	—

(Blacho).

Ou bien :

Huile éthérée de fougère mâle. . .	4	grammes
Calomel	40	centigr.
Gélatine ou sucre	q. s.	

En une fois (Descroizilles).

Mais ces substances sont peu agréables et fort difficiles à administrer. On ne peut pas non plus administrer le kousso et la pelletiérine à des enfants.

La kamala peut s'administrer en poudre et en teinture, sans aucun danger :

Pulpe de tamarin	30	grammes
Poudre de kamala	6	—
Succédané de limon	q. s.	

A prendre en une fois (Duplessis).

Ou bien :

Teinture de kamala	10	grammes
Sirop d'écorce d'orange.	30	—
Eau de menthe	80	—

En une fois.

Les graines de courge, mêlées à un purgatif, constituent un remède de premier ordre :

Graines de courge	50	grammes
Huile de ricin.	10	—
Sucre en poudre.	15	—
Succédané de limon	qq.	gouttes.

Pour faire une pâte homogène ; en trois fois aux enfants de trois à quatre ans ; en une fois aux enfants de sept à dix ans.

Faire suivre l'administration de 10 grammes d'huile de ricin ou d'une infusion de 5 grammes de feuilles de séné dans une tasse de café.

(Journ. de méd. de Paris).

NOUVELLES & INFORMATIONS

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs CROCQ, de Bruxelles ; DIEUZAIDE, de Lectoure ; AUSTRUY, de Fumel (Lot-et-Garonne) ; INGAND, d'Issoudun ; MAX WIENER, de Breslau ; JOHN WALLACE, de Liverpool ; CHARLES-MORRIS FISHER, de San-Francisco ; AERTS, de Gheel ; SEILER ; MASSON, de Fraize (Vosges) ; DELUCQ, d'Orthevielle (Landes).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

37e SEMAINE DU 18 AU 24 SEPTEMBRE 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	7
3 mois à un an	12	13
1 an à 2 ans	6	5
2 à 5 ans	3	3
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans.	4	»
20 à 40 ans.	9	3
40 à 60 ans.	8	9
60 à 80 ans.	5	6
80 ans et au-dessus	1	1
Total	58	47

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	»	»	»	»	»	»	»	»	2	7	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	»	»	3	»	»	»	»	»	5	13	14
Moulins, 24,947 hab. . .	»	1	»	1	»	1	»	»	»	1	9	»	»	1	»	»	»	»	»	1	15	21
Wazemmes, 36,782 hab. .	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	5	1	»	3	»	»	1	»	»	5	18	26
Vauban, 20,381 hab. . .	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	7	12	5
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab. .	»	»	1	»	»	»	»	»	2	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	3	11	5
Esquermes, 11,381 hab. .	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4	»	»	2	»	»	»	»	»	4	11	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	14
Fives, 24,191 hab. . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	1	1	»	»	»	»	2	8	10
Canteleu, 2,836 hab. . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4
Sud, 5,908 hab. . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	»	»	1	»	1	»	»	»	7	7
Total.	»	1	1	2	»	4	»	2	3	4	39	1	1	13	2	»	2	»	»	30	105	124

N° 91. Deuxième Année, N° 41. Le Numéro : **10** centimes. 9 Octobre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE,** *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE. *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la Semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ictère par résorption, par **Charles Dubois**. — Revue de bactériologie : Le bacille d'Eberth, par le docteur **Descheemaeker**. — Thérapeutique. — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. HALLOPEAU entretient l'**Académie de médecine** d'un sujet fort spécial : l'infection purulente tégumentaire ou impetigo herpétiforme de HEBRA. Cette maladie offre également de l'intérêt au dermatologiste et à l'accoucheur, car elle a surtout été observée chez les femmes gravides. L'auteur en a étudié trois faits : deux sont survenus comme complication de l'acrodermatite continue suppurative, le troisième après des suppurations anciennes et invétérées. Si l'on ajoute le cas de RILLE dans lequel il y avait un abcès du cou et ceux dans lesquels on a trouvé une endométrite suppurative, on se rend compte qu'il s'agit d'une infection purulente limitée aux téguments.

Ce sont des phlegmasies suppuratives, multiformes, superficielles, à progression excentrique, envahissant les téguments sur de grandes surfaces et qui récidivent incessamment avec fièvre. Les lésions sont sous-épidermiques ; l'épiderme est soulevé par un exsudat épais, du volume d'une tête d'épingle ; autour existe une aréole érythémateuse. Les éléments deviennent croûteux dans leur partie centrale ; les croûtes laissent après leur chute une surface rouge, vernissée ; souvent les éléments deviennent confluents, en traînées curvilignes de formes variées, représentant alors des S, des C, des J, des G, des 3, des points d'interrogation, des croissants, des spirales, des cercles ou diverses arabesques. Aux membres, les lésions suivant une marche ascendante, représentent soit une paire de bas, soit une paire de gants rouges et blancs de longueur croissante. Les ongles tombent ; les muqueuses buccale et digestive sont intéressées. L'éruption dure des mois et se termine par la mort.

*** M. LABORDE étudie l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'épilepsie, par la section du sympathique ou l'abrasion des ganglions cervicaux et thoracique supérieur. Si on pratique, sur un jeune cobaye, une hémisection de la moelle épinière, on détermine, on le sait, l'épilepsie au bout de trois semaines à un mois A ce moment, M. LABORDE fait la résection du sympathique cervical d'un côté ou des deux. Voici ce qu'il constate alors : l'excitation d'une zone épileptogène cervicale gauche qui donnait les accès les plus complets, ne produit plus qu'une ébauche d'attaque ; mais du côté opposé, il s'est développé une zone épileptogène nouvelle. Il semble résulter de cette expérience : 1° que la résection du sympathique du côté de la zone épileptogène, primitivement unique, modifie, en les atténuant, les accès épileptiques ; 2° qu'il se développe consécutivement une zone épileptogène du côté où il n'en existait pas primitivement.

En second lieu, si on pratique la résection préalable, préventive, des deux filets sympathiques cervicaux et qu'on cherche à déterminer l'épilepsie opératoire expérimentale, on ne s'aperçoit d'aucune modification dans la production de cette épilepsie. Elle survient comme si l'on n'avait rien fait. La résection préalable du sympathique ne semble donc pas exercer d'influence appréciable sur la détermination expérimentale de l'épilepsie.

A la **Société de Biologie**, MM. ROGER et GARNIER rapportent qu'ils ont examiné les modifications histolologiques que peut présenter la glande thyroïde au cours des maladies infectieuses. Leurs recherches ont porté sur des glandes provenant de malades et d'animaux expérimentalement infectés. Les altérations sont surtout vasculaires : début d'endartérite, petits caillots sanguins, congestion. Quand il y a survie d'un certain temps on voit l'organe traversé de bandes scléreuses : la dégénérescence vacuolaire est fréquente. Ces lésions par infection directe de la glande sont à rapprocher de celles que l'on observe dans presque toutes les infections.

⁂ MM. FÉRÉ et LANCE ont cherché à savoir si l'on rencontre l'hypotonie musculaire aussi bien dans la paralysie générale que dans le tabes. Ils sont arrivés à une conclusion négative : l'atonie musculaire est très rare chez les paralytiques généraux.

⁂ M. LEVADITI a trouvé à l'autopsie d'un lapin nourri d'avoine des lésions pulmonaires intéressantes. Macroscopiquement siégeaient, disséminés irrégulièrement, des nodules blanchâtres rappelant l'aspect des noyaux tuberculeux. A côté d'une dégénérescence accusée du parenchyme pulmonaire on constata du mycelium d'aspergillus représenté par des filaments à double contour. L'infection s'est sans doute faite par la voie bronchique ; il s'agit d'une forme actinomycosique de l'aspergillus. M. RÉNON dit qu'on aurait dû ensemencer les produits suspects sur milieux appropriés et obtenir des cultures pures.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ictère par résorption

par **Charles Dubois**, interne des hôpitaux

Travail du Laboratoire de Physiologie de la Faculté de Médecine (1).

Le mécanisme de l'ictère par résorption ne paraît soulever, à première vue, aucune difficulté ; quand la bile ne peut s'écouler vers l'intestin elle passe dans le sang et va imprégner les tissus. Il y a cependant un point intéressant, qui a donné lieu à de nombreuses controverses. Les matériaux de la bile, pour arriver dans le système circulatoire, pénètrent-ils directement par les vaisseaux sanguins, suivent-ils la voie indirecte des lymphatiques, ou bien enfin s'engagent-ils à la fois dans les deux ordres de vaisseaux? Ce problème a reçu des solutions très diverses. D'anciens observateurs, PEYER, CRUIKSHANK, MASCAGNI, SOMMERING, admettaient la résorption par les lymphatiques, et SAUNDERS, en particulier, avait signalé la coloration jaune de la lymphe après l'obstruction du canal cholédoque. Mais quand MAGENDIE fut venu démontrer le rôle absorbant des vaisseaux sanguins, il semble que l'on ait admis que les veines sus-hépatiques étaient la seule voie ouverte à la bile résorbée. En effet TIEDEMANN et GMELIN invoquent leurs expériences personnelles pour faire rejeter « l'opinion nouvelle » qui niait l'absorption de la bile par les vaisseaux lymphatiques. Ces physiologistes n'allaient pas au delà, ils montraient simplement la participation de ces derniers vaisseaux au phénomène. Mais de nos jours une thèse qui est précisément le contre-pied de celle qu'avaient réfutée TIEDEMANN et GMELIN a prévalu : toute une série de travaux sortis du laboratoire de LUDWIG (1) ont amené leurs auteurs à cette conclusion que c'est exclusivement par les lymphatiques que se fait la résorption de la bile et qu'elle ne peut même avoir lieu si la voie lymphatique est fermée, si le canal thoracique est lié. Cette opinion est aujourd'hui enseignée couramment dans les traités de physiologie aussi bien que dans les études ou monographies de l'ictère.

Récemment, M. WERTHEIMER, dans des expériences entreprises avec la collaboration de M. LEPAGE, s'est élevé contre la doctrine devenue classique.

Dans une première série d'expériences, on se base sur le fait suivant, qui a été antérieurement signalé par M. WERTHEIMER : si l'on injecte à un chien, dans une veine, de la bile de mouton, celle-ci reparaît très rapidement dans la bile de l'animal en expérience et elle est facile à y reconnaître grâce à son spectre caractéristique. Ceci posé on fait résorber à un chien, par le canal hépatique droit, de la bile de mouton ; le lobe gauche continue à sécréter normalement et on recueille son produit de sécrétion. D'autre part on établit une fistule du canal thoracique pour laisser

(1) (Mémoire couronné par la Faculté. Prix des Amis de l'Université).

(1) Voyez pour l'historique, WERTHEIMER et LEPAGE : *Sur les voies d'absorption des pigments dans le foie.* Arch. de Physiol. 1897, p. 363

couler au dehors toute la lymphe qui vient du foie. On recherche alors si, dans ces conditions expérimentales, le spectre caractéristique de la bile de mouton se retrouve dans la bile sécrétée par le lobe gauche de l'animal en expérience. Or le résultat est positif ; par conséquent, la bile étrangère n'a pu être transportée dans la circulation générale que par les vaisseaux sanguins pour être éliminée à nouveau par le lobe dont on recueille le produit de sécrétion. Il va sans dire qu'on s'assure par des injections post mortem que ce lobe n'a aucune communication directe avec le canal hépatique par où se fait la résorption.

Ce qui était vrai pour le pigment propre à la bile de mouton devait l'être aussi pour le pigment normal, c'est-à-dire pour la bilirubine. Une nouvelle série d'expériences vient le démontrer. On prépare une solution alcaline de bilirubine et on la fait résorber chez un chien par le canal cholédoque sous une pression d'environ 30 centimètres. Deux canules placées l'une dans le canal thoracique, l'autre dans la vessie servent à recueillir la lymphe et l'urine. L'examen de ce dernier liquide permettra de décider si la bilirubine passe dans le sang, bien qu'elle ne puisse plus y être amenée par la voie détournée du courant lymphatique. Ici encore les résultats sont des plus probants : les réactifs appropriés dénotent au bout de peu de temps la présence du pigment biliaire dans l'urine, bien que la lymphe hépatique ne puisse plus se déverser dans le sang (1).

Expériences personnelles

I. — Dans ces dernières expériences, M. Wertheimer avait été frappé de ce fait que la bilirubine faisait son apparition dans l'urine très rapidement, alors que la résorption n'avait encore porté parfois que sur 1,5 à 2 milligr. de la matière colorante ; il était évident du reste qu'à la bilirubine introduite expérimentalement venait s'ajouter celle qui continuait à être sécrétée par l'animal en expérience.

M. Wertheimer nous a donc engagé à rechercher si, sans introduction de pigment étranger, l'on n'obtiendrait pas des résultats semblables en faisant résorber simplement à l'animal sa propre bile, mais sous une pression équivalente à celle qui avait été employée dans les expériences précédentes.

Cette pression, comme nous l'avons dit plus haut, avait été en moyenne de 30 centimètres. Comme la pression sous laquelle se fait normalement la sécrétion de la bile est environ de 20 centimètres d'eau, une colonne de 30 centimètres de hauteur pesant sur le contenu du canal cholédoque est en général suffisante pour amener une résorption plus ou moins active, sans qu'on ait à craindre d'autre part d'amener, à ce chiffre, des déchirures des canalicules biliaires.

Le dispositif de nos expériences a donc été le même que dans les expériences de MM. Wertheimer et Lepage, c'est-à-dire que l'on introduisait une canule dans le canal thoracique pour détourner la lymphe et examiner les modifications qu'elle pouvait subir, une autre dans la vessie, pour recueillir l'urine et la soumettre à l'action des réactifs des pigments biliaires. La seule différence c'est qu'à la solution alcaline de bilirubine nous avons substitué simplement une solution physiologique de chlorure de sodium (7 p. 1000) qui était donc mise en communication avec le canal cholédoque et maintenue, du moins au début de l'expérience, à une pression sensiblement constante de 30 centimètres. Sous cette pression la bile se résorbait et l'introduction simultanée d'une certaine quantité de la solution de chlorure de sodium ne pouvait modifier en rien les conditions de l'expérience.

Nous avons fait de la sorte sept expériences dont les résultats ont toujours été concordants, nous en reproduisons trois à titre d'exemple :

Expérience I

Chien de 4 k. 500.

L'urine ne donne ni la réaction de Gmelin ni celle de Rosin. On introduit une canule : 1° dans la vessie ; 2° dans le canal thoracique (la lymphe est rosée) ; 3° dans le canal cholédoque. La canule du cholédoque est placée à 5 h. 25 ; on met aussitôt ce canal en communication avec une solution physiologique de chlorure de sodium à la pression de 30 centimètres. L'urine recueillie entre le moment où la canule vésicale d'une part et la canule du cholédoque d'autre part ont été placées, ne donne ni la réaction de Gmelin, ni celle de Rosin.

5 h. 45. — *Urine* : Quantité trop faible pour être examinée. — *Lymphe* : Coagulable, légèrement jaune.

6 h. — La pression est descendue à 28 centimètres ; on la reporte à 30 centimètres par addition de solution physiologique de chlorure de sodium. — *Urine* : A jauni légèrement ; réactions de Gmelin et de Rosin négatives.— *Lymphe* : Beaucoup plus jaune. Son sérum traité par l'HCl et laissé à l'air donne une belle coloration verte.

6 h. 30. — *Urine* : Réaction de Gmelin très nette. L'urine a d'ailleurs changé de teinte et est devenue franchement jaune. Réaction de Rosin faiblement indiquée. On ferme la canule thoracique.

(1) Wertheimer et Lepage. — *Sur la résorption et l'élimination de la bilirubine.* Arch. de Physiol. 1898, p. 334.

6 h. 45. — La pression est descendue à 25 centimètres ; on la reporte à 30 centimètres.

7 h. — *Urine* : Réactions de GMELIN et de ROSIN très nettes. On continue à recueillir jusque 8 h. 1/2 et on fait la réaction de SALKOWSKI sur l'urine recueillie de 7 h. à 8 h. 1/2. La réaction est très nettement indiquée. L'urine recueillie entre 6 h. 30 et 8 h. 30 a d'ailleurs présenté une coloration jaune de plus en plus intense.

On laisse le chien sur la table d'expérience jusqu'au lendemain matin : l'urine sécrétée pendant la nuit présente une coloration ictérique très intense. Elle donne la réaction GMELIN, celle de ROSIN et celle de SALKOWSKI. La pression s'est abaissée jusqu'à douze centimètres.

On sacrifie l'animal dans la matinée. Pour s'assurer qu'il n'existe pas d'anomalies sur le trajet du canal thoracique, on introduit dans la citerne de PECQUET une canule qui sert à injecter dans le canal thoracique une solution de sulfoindigotate de soude. Le canal se remplit d'abord très lentement dans sa partie inférieure : on enlève le mandrin qui obstrue la canule thoracique et immédiatement on voit le bleu monter et remplir le canal dans toute sa longueur. La canule thoracique étant de nouveau refermée, on prend soin de laisser la solution d'indigo en communication avec le canal thoracique sous une pression de 50 à 60 centimètres environ pendant une heure. Au bout de cette heure, on ne constate pas la moindre trace de bleu dans la veine axillaire gauche, ni dans la veine cave supérieure, dans lesquelles on a placé préalablement des canules en verre.

Enfin nous avons disséqué de bas en haut le canal thoracique jusqu'au point où la canule a été introduite. Pas d'anomalie.

EXPÉRIENCE II

Chien de 4 k. 250.

L'urine ne donne ni la réaction de GMELIN, ni celle de ROSIN, ni celle de SALKOWSKI. Elle est d'ailleurs à peine colorée. (L'urine a été examinée la veille du jour de l'expérience).

On introduit une canule dans la vessie à 3 h. 1/2. L'urine recueillie par la canule ne donne pas plus que l'urine de la veille la réaction de GMELIN, ni celle de ROSIN, ni celle de SALKOWSKI.

A 4 h. — Introduction d'une canule dans le canal thoracique. (La lymphe est tout à fait incolore).

A 4 h. 3/4. — Introduction d'une canule dans le canal cholédoque.

On commence à faire de la pression (30 centimètres) au moyen de la solution physiologique de chlorure de sodium à 4 h 3/4.

5 h. — *Urine* : non colorée. — *Lymphe* : non colorée.

5 h. 3/4. — *Urine* : non colorée. — *Lymphe* : nettement colorée en jaune ; traitée par l'acide chlorhydrique et laissée à l'air, elle devient rapidement d'un beau vert.

5 h. 1/2. — *Urine* : non colorée. — *Lymphe* : très colorée. On remarque de plus un léger retard dans la coagulation.

6 h. 1/2. — *Urine* : colorée en jaune. La réaction de GMELIN est d'une netteté parfaite. — *Lymphe* : de plus en plus jaune.

6 h. 45. — *Urine* : très colorée. Réaction de GMELIN positive. Réaction de ROSIN très nettement marquée. On ferme la canule du canal thoracique.

On recueille l'urine de 6 h. 45 à 8 h., et on fait la réaction de SALKOWSKI. Celle-ci est positive et très intense. La pression descendue à 25 centimètres est reportée à 30 centimètres à 8 heures, par addition de solution de chlorure de sodium dans l'éprouvette.

Le chien est laissé sur la table d'expérience. La nuit, la pression de la solution est descendue très bas (6 à 7 centimètres). L'urine recueillie depuis 8 heures du soir jusque 11 h. 15 le lendemain matin donne : 1° la réaction de GMELIN toujours très nette ; 2° la réaction de ROSIN ; 3° la réaction de SALKOWSKI. On ouvre la canule lymphatique du canal thoracique et l'on constate que la lymphe est encore colorée en jaune foncé. On tue l'animal. Autopsie. Il n'y a pas d'anomalie sur le trajet du canal thoracique.

EXPÉRIENCE III

Chien de 5 kg. 300.

L'urine examinée la veille ne donnait : ni la réaction de GMELIN ; ni la réaction de ROSIN ; ni la réaction de SALKOWSKI. On introduit une canule dans la vessie : on recueille l'urine, qui présente les mêmes caractères que la veille. On introduit une canule dans le canal thoracique, puis une autre dans le canal cholédoque. La pression exercée dans le canal cholédoque au moyen de la solution physiologique de chlorure de sodium commence à 5 h. 50.

6 h. 10. — *Urine* : Non colorée. — *Lymphe* : Colorée en jaune contrastant d'une manière frappante avec la lymphe recueillie avant qu'on ne commence la pression : cette dernière était en effet très légèrement rosée.

6 h. 40. — *Urine* : A peine plus colorée. La réaction de GMELIN paraît légèrement indiquée. — *Lymphe* : Traitée par l'acide chlorhydrique et laissée à l'air devient d'un beau vert.

7 h. 40. - *Urine* : donne nettement les réactions de GMELIN et de ROSIN. On recueille l'urine jusque 8 h. 1/2 et sur l'urine recueillie on fait la réaction de SALKOWSKI qui est positive mais légèrement marquée. Le chien, laissé sur la table d'expérience, meurt le lendemain vers midi.

L'urine recueillie depuis huit heures et demie du soir jusqu'au lendemain à midi donne : 1° la réaction de GMELIN ; 2° la réaction de ROSIN ; 3° la réaction de SALKOWSKI, très intense. La pression de la solution de chlorure était tombée pendant la nuit de 30 centimètres à 17 centimètres.

La température de l'animal était de 33° vers 11 h. 1/2 du matin.

A l'autopsie, on ne constate pas d'anomalies.

Ainsi nous voyons les pigments biliaires apparaître dans l'urine 1 h. 5 après le début de l'expérience dans le premier cas, au bout de 1 h. 45 dans le deuxième, de 1 h. 20 dans le troisième, malgré la fistule pratiquée

au canal thoracique. Quant à la lymphe, elle a commencé à se colorer en jaune au bout de 20 à 30 minutes. La résorption de la bile sous pression suffit donc à amener les mêmes effets, ou à peu près, que ceux qu'ont obtenus MM. Wertheimer et Lepage dans leurs expériences avec les solutions de bilirubine. Ces résultats montrent une fois de plus le rôle important joué par les vaisseaux sanguins dans la résorption de la bile. Mais ils sont surtout intéressants à un autre point de vue : on est frappé, en effet, de la rapidité avec laquelle les pigments biliaires se montrent dans l'urine, tandis qu'à la suite de la simple ligature du canal cholédoque leur apparition serait beaucoup plus tardive, d'après la majorité des auteurs. Voici, par exemple, ce que dit à ce sujet Vulpian (1) dans un passage souvent cité : « Saunders, en 1795, avait constaté que, deux heures après la ligature de ce canal (le canal cholédoque), la lymphe qui venait du foie était colorée en jaune jusqu'au canal thoracique; le sérum du sang des veines sushépatiques présentait la même coloration. Frerichs, il y a une quinzaine d'années, contesta l'exactitude de ces données; le passage de la matière de la bile ne se fait pas, d'après lui, aussi rapidement; il faut au moins attendre 28 à 30 heures. Il y a évidemment là de l'exagération ; la vérité, c'est que le passage de la bile se fait plus vite que ne le pense Frerichs, mais moins rapidement que ne le dit Saunders. » Dans un travail plus récent, Afanassiew (2) insiste aussi sur la lenteur avec laquelle apparaissent les manifestations de l'ictère après la ligature du canal cholédoque et cherche à en donner l'explication ; elle tiendrait à ce que la bile stagne dans la vésicule et dans les gros conduits excréteurs distendus au maximum. Pour démontrer qu'il en est bien ainsi il injecte de la matière grasse par le canal cholédoque dans les conduits interlobaires et il souligne ce fait qu'alors la réaction de Gmelin peut être déjà décelée dans l'urine au bout de 24 heures.

Le seul auteur qui, à notre connaissance, ait obtenu, à la suite de la ligature du cholédoque, des résultats comparables aux nôtres, c'est Audigé qui, après cette opération, a constaté la présence de la matière colorante biliaire dans l'urine au bout de trois à quatre heures. Il faut aussi citer, à ce propos, Douillet (3), un élève de Lépine, que l'observation clinique conduit

(1) Cours fait à la Faculté de Médecine, 1874, p. 127.
(2) Zeitschr. f. klin. Med. VI, 1883, p. 290.
(3) Th. de Lyon, 1885.

à cette conclusion : « on peut présumer avec une quasi certitude que le temps qui s'écoule entre le début de l'obstruction biliaire et l'apparition de la jaunisse est de peu d'heures seulement. »

Dans nos expériences le passage des pigments biliaires dans l'urine est plus précoce encore, mais, comme l'a fait remarquer M. Wertheimer à propos de résultats analogues, la bile est, dans ces cas, soumise immédiatement, dès le début de l'expérience, à une pression qui n'est habituellement atteinte dans le cas de ligature du canal cholédoque, qu'après un temps plus ou moins long.

Au moment où l'on décèle ainsi dans l'urine la présence de la matière colorante biliaire, il n'existe encore aucun autre symptôme apparent de l'ictère. Il n'y aurait pas lieu d'insister sur ce point si un pathologiste autorisé, tel qu'Eichhorst, n'avait avancé que ce n'est qu'à titre exceptionnel, que les manifestations du côté de l'urine précèdent les manifestations du côté des téguments, que c'est le contraire qui est la règle (1). Cette opinion ne nous paraît pas soutenable.

II. — Les observations précédentes, jointes à celles de MM. Wertheimer et Lepage, contribuent avons nous dit, à montrer que les vaisseaux sanguins participent normalement à la résorption de la bile, aussi bien que les lymphatiques. Quel est maintenant celui des deux systèmes de vaisseaux qui joue le rôle prépondérant ? Les expériences qui vont suivre permettent, dans une certaine mesure, de répondre à cette question.

Les chiens ont très fréquemment à l'état normal des pigments biliaires dans les urines, et c'est un point, soit dit en passant, qu'il ne faut pas oublier quand on veut faire chez ces animaux des recherches sur l'ictère. Mais ils n'ont aucune autre manifestation de l'ictère ni décoloration des matières fécales ni coloration anormale des téguments ou de la conjonctive, c'est-à-dire qu'en somme, la résorption (2) de la matière colorante biliaire qui paraît être, chez ces animaux, un phénomène normal, est cependant peu active. Étant donné qu'elle ne porte que sur une proportion relativement faible de pigments, il y a lieu de croire que ceux-ci s'engageront dans la voie qui leur donnera l'accès le plus facile, dans celle qui

(1) Eichhorst, *Traité de Pathologie*.
(2) Naunyn a montré en effet qu'il s'agit d'un phénomène de résorption, puisqu'on trouve chez ces chiens les acides biliaires à côté du pigment dans l'urine.

est plus particulièrement préposée à les recevoir. Si ce sont les vaisseaux lymphatiques qui répondent à ces conditions, le pigment biliaire devra disparaître de l'urine, quand on aura établi une fistule du canal thoracique. L'expérience consiste donc à pratiquer cette dernière opération chez un chien ayant une urine normalement ictérique et à rechercher ce que devient ce liquide quand la lymphe n'a plus accès dans le sang.

Nous avons fait quatre de ces expériences ; nous en reproduisons deux :

EXPÉRIENCE IV

Chien de 10 k.

L'urine, examinée la veille, donnait nettement la réaction de GMELIN, celles de ROSIN et de SALKOWSKI.

Injection péritonéale de 10 cm. d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1/100me.

A 11 h. 15, on introduit une canule dans la vessie.

A 3 h. 50, on recueille l'urine émise depuis 11 h. 25 et on fait de nouveau les trois réactions, qui sont nettement positives.

A 4 h., on introduit une canule dans le canal thoracique; la lymphe qui s'écoule est incolore.

On recueille l'urine de demi-heure en demi-heure et on laisse la lymphe s'écouler au dehors.

L'urine présente constamment les réactions de GMELIN et de ROSIN.

A 7 h., l'urine recueillie donne très nettement la réaction de SALKOWSKI.

On laisse le chien sur la table d'expérience ; il meurt dans la matinée, vers 7 h. 1/2.

L'examen de l'urine recueillie depuis 8 h. du soir jusqu'à la mort donne très nettement encore les réactions de GMELIN, de ROSIN et de SALKOWSKI.

L'autopsie, pratiquée vers 11 h. du matin avec les mêmes précautions que dans nos précédentes expériences, n'a montré trace d'aucune anomalie.

EXPÉRIENCE V

Chien de 5 k. 200.

L'urine, examinée la veille, donne nettement les réactions de GMELIN, de ROSIN et de SALKOWSKI.

A 2 h., injection intrapéritonéale de 5 cm. d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1 100me.

A 2 h. 1/2, introduction d'une canule dans la vessie.

L'urine est recueillie jusque 4 h. 1/2. Elle donne nettement les réactions de GMELIN, de ROSIN et de SALKOWSKI.

A 4 h. 1/2, introduction d'une canule dans le canal thoracique ; la lymphe est légèrement rosée.

On recueille l'urine de demi-heure en demi-heure. On laisse la lymphe s'échapper au dehors.

L'urine présente constamment la réaction de GMELIN et de ROSIN jusque 7 h. 1/2.

On laisse le chien sur la table d'expérience.

On le retrouve vivant le lendemain à 11 h. On examine l'urine de la nuit et on y trouve la réaction de SALKOWSKI.

On prolonge l'expérience jusque 3 h. du soir. L'urine obtenue de 11 h. à 3 h. est toujours de coloration ictérique et présente les réactions de GMELIN, de ROSIN et de SALKOWSKI 22 h. après le début de l'expérience.

A l'autopsie, pas d'anomalies.

Par conséquent, chez les chiens dont l'urine est normalement ictérique, celle-ci ne cesse à aucun moment de l'expérience de contenir des pigments biliaires, quand on dérive vers l'extérieur le courant lymphatique. Sa coloration jaune reste tout aussi intense, et les réactions qu'on y obtient par les procédés habituels restent tout aussi nettes et aussi prononcées. Ces expériences sont donc bien faites pour mettre en relief le rôle important joué par les vaisseaux sanguins : le pigment résorbé est peu abondant, d'après les considérations développées plus haut et cependant il continue à passer, sans diminution sensible, dans la circulation et, de là, dans l'urine par la seule voie des veines sus-hépatiques. D'ailleurs, et c'est un point sur lequel il nous faut revenir, les expériences rapportées dans le paragraphe précédent parlent aussi dans le même sens. Nous voyons, par exemple, chez un chien de 4 k. 500 dans l'expérience I, la réaction de GMELIN se montrer très nette dans l'urine, 1 h. 5 après le début de l'expérience. La proportion de bilirubine résorbée pendant ce temps a été très faible : nous pouvons l'évaluer très approximativement de la façon suivante. Un chien de 20 à 30 kilogr. sécrète à peu près, en 20 heures, 10 centigr. de bilirubine, d'après les déterminations de STADELMANN : en admettant que la quantité de pigment sécrétée soit proportionnelle au poids, un chien de 5 kilogr. en produira pendant le même temps 25 milligrammes et pendant une heure 1 milligr. 2. Chez le chien de l'expérience I, il a donc été résorbé à peu près 1,2 milligr. de bilirubine au moment où la réaction de GMELIN apparaît dans l'urine. Or, à cette minime quantité de pigment, la seule voie ouverte était la voie sanguine.

Enfin un dernier argument qu'on peut invoquer a également sa valeur. Les chiens qui ont normalement des pigments biliaires dans leur urine sont très nombreux, et cependant la lymphe qui s'écoule du canal thoracique est le plus souvent incolore, ou bien si elle présente, dans certains cas, une teinte citrine, celle-ci paraît due à un pigment spécial et non à la bilirubine.

Ainsi, non seulement, c'est à tort qu'on a refusé

aux vaisseaux sanguins toute participation à la résorption des pigments biliaires, mais il semble bien au contraire qu'ils ont à jouer un rôle prépondérant dans ce phénomène.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

Le bacille d'Eberth

par le docteur **Descheemaeker**

Le bacille typhique, proche parent du bactérium coli, est un petit bacille mobile, grâce aux cils qu'il possède, de 2 à 3 μ de longueur et polymorphe. Dans les cultures jeunes, il prend quelquefois la forme de coccus ; dans de vieilles cultures, au contraire, il peut s'allonger et présenter l'aspect de longs filaments.

GAFFKY pensait que le bacille typhique se reproduisait au moyen de spores. Il avait en effet remarqué que, parfois, ce bacille portait un renflement piriforme à ses extrémités, renflement qu'il ne parvenait pas à colorer par les couleurs d'aniline, et il en avait conclu que cette partie renflée était une spore. Mais BUCHNER démontra bientôt que cette soi-disant spore était une partie de protoplasma condensé et que la reproduction se faisait chez le bacille typhique, non par spores, mais par scissiparité.

Le bacille d'EBERTH pousse bien sur tous les milieux employés dans les laboratoires. Sur gélatine, il donne des colonies bleuâtres et irisées à la lumière réfléchie ; mais beaucoup moins exubérantes que celles du bactérium coli. A la loupe, on voit sur ces colonies des sillons et des crevasses qui les font ressembler aux montagnes de la lune ou à une mer de glace. Sur gélose, le bacille typhique donne une culture abondante ; il pousse également bien sur pomme de terre, mais n'y donne pas de culture apparente.

Dans le bouillon, le bacille d'EBERTH se développe rapidement et donne, comme le coli, un dépôt au fond du tube ; mais, contrairement à ce dernier, il n'y produit pas d'indol. Enfin il ne coagule pas le lait et ne fait pas fermenter les milieux sucrés.

Ainsi donc nous voyons que, par les milieux de culture, sauf avec la pomme de terre, il est impossible de pouvoir différencier l'EBERTH d'avec le coli-bacille ; mais les réactions que donne le bacille de la fièvre typhoïde, sont bien nettement différentes de celles du bactérium coli : le bacille typhique ne coagule pas le lait, ne donne pas de gaz dans les milieux lactosés, ne présente pas la réaction de l'indol.

Le bacille d'EBERTH n'habite pas, à l'état normal, l'intestin de l'homme ; il y pénètre par surprise pour produire la fièvre typhoïde. Par quels moyens arrive-t-il donc dans l'intestin ?

Longtemps l'origine hydrique de la fièvre typhoïde fut la seule qu'on admît. CHANTEMESSE montre que l'Administration de la ville de Paris fait naître à sa guise la fièvre typhoïde dans tel ou tel arrondissement en lui supprimant l'eau de source et en la remplaçant par l'eau de Seine. Dans des tableaux d'une concision surprenante, il montre que, dès le jour de cette mutation, les entrées pour fièvre typhoïde augmentent d'une façon ininterrompue dans les hôpitaux correspondants et il dresse à ce sujet des tableaux statistiques éminemment suggestifs.

Le professeur BROUARDEL, au Congrès de Vienne, disait aussi : « Au point de vue du tribut que les populations payent à la fièvre typhoïde, l'eau est le distributeur qui le porte 99 fois sur 100 ».

En présence des statistiques de CHANTEMESSE et devant l'autorité de BROUARDEL, il fallait tenir comme presque nulle les autres voies de contamination.

Certes l'eau de boisson doit être le moyen de contamination le plus fréquent. L'eau de rivière, très souvent souillée par les déchets de la vie humaine, peut l'être encore par des déjections de typhiques : l'eau d'un puits peut être aussi contaminée par des infiltrations d'une fosse d'aisance contiguë qui a reçu les selles d'un typhique, et ces eaux, servant à l'alimentation de l'homme, vont porter le germe morbide jusque dans son intestin.

Cependant la vitalité du bacille typhique dans l'eau est quelque peu controuvée. KARLINSKI particulièrement met en doute la propagation de la fièvre typhoïde par l'eau de boisson : il ensemence une citerne avec des cultures pures de bacille d'EBERTH et quelques jours seulement après cet ensemencement, il lui est impossible de déceler ce microbe dans cette même eau. GRIMBERT, au contraire, trouve que le bacille typhique pousse très bien dans l'eau commune préalablement stérilisée.

Il est donc à supposer que les germes qui préexistent dans les eaux empêchent par leur activité concurrente le développement de ce bacille et même l'anéantissent. Le bactérium coli d'ailleurs tue le bacille d'EBERTH. GRIMBERT ensemence un ballon d'eau

stérile simultanément avec un c.c. de culture fraîche de coli et de typhique. Au bout de deux jours tout bacille typhique a disparu.

Certes la contagion par l'eau est celle qui doit être incriminée le plus souvent ; mais le germe typhique peut être apporté dans le tube digestif, soit par les poussières que le vent soulève et dépose directement dans la bouche, soit par les aliments que les poussières contaminent également.

Le bacille typhique en effet a été retrouvé sept fois par REMLINGER et SCHNEIDER dans des échantillons de terre et de poussière. Trois fois le bacille isolé fut pathogène pour les animaux.

FROIDEBISE rapporte aussi le fait d'une épidémie de fièvre typhoïde ayant sévi sur une caserne située à plus de 1800 mètres d'une rivière ; mais dont la vase avait été retirée du fond et jetée sur les berges. Les expériences d'UFFELMAN expliquent ces épidémies : les germes morbides enlevés par le vent de cette boue desséchée ont été transportés jusque dans la caserne.

C'est aussi le sol et l'habitation qui, au Hâvre, doivent être incriminés, dans les épidémies de fièvre typhoïde dont cette ville est si souvent le siège. Le Hâvre, en effet, possède une canalisation d'eau de source excellente dans laquelle des analyses répétées n'ont jamais pu déceler le bacille typhique. Cependant la mortalité moyenne par fièvre typhoïde qui, à Lille, est de 2,90, atteint au Hâvre la proportion de 10,31 pour 10.000 habitants.

Le bacille d'EBERTH qu'on trouvait si souvent dans les eaux réputées typhogènes alors que sa morphologie seule permettait de le distinguer, est devenu bien difficile à déceler aujourd'hui que les progrès de la microbie nous ont fait pénétrer plus avant dans sa biologie. C'est en vain que le milieu d'ELSSNER a été substitué au milieu phéniqué de CHANTEMESSE et WIDAL. Grâce à ce milieu, disait ELSSNER, un simple examen macroscopique suffisait pour différencier sûrement le bacille d'EBERTH du coli. Les colonies du bactérium coli sur ce milieu étaient volumineuses, brunes, crémeuses, celles de l'EBERTH, au contraire, avaient l'aspect de petits points presque imperceptibles.

Paul COURMONT réduisit bientôt le procédé d'ELSSNER à sa juste valeur. Récemment il faisait, à la Société de Biologie, un rapport sur la recherche du bacille typhique dans les selles par le procédé d'ELSSNER et disait que les colonies de coli prenaient dans la profondeur un aspect identique à celles du bacille typhique.

D'ailleurs DUCLAUX, dans une lettre adressée au docteur GIBERT, à propos de la recherche du bacille d'EBERTH dans une eau, disait : « Je ne voudrais pas trop contrister ceux qui font avec foi ces analyses bactériologiques, parce qu'ils ont déjà beaucoup appris et apprendront sans doute encore beaucoup de choses. Mais je suis toujours émerveillé de voir avec quelle facilité les découvertes successives de la science prennent une forme dogmatique dans la plupart des esprits ; au lieu de se dire que tout est du relatif et du contingent, on en fait de l'absolu et on discute et on s'emporte. Voilà pourtant à propos de la fièvre typhoïde, du choléra, la science qui fait une évolution, les théories hydriques qui perdent du terrain. Le regagneront-elles ? C'est possible, ce n'est pas certain. Tout cela me laisse très assuré du progrès ; mais très sceptique sur les idées qui le représentent à diverses époques et en particulier sur l'analyse bactériologique des eaux. »

En présence de cette difficulté de déceler le bacille d'EBERTH aussi bien dans les sables que dans les eaux, la théorie de l'auto-typhisation, défendue par l'école lyonnaise, prenait corps.

Déjà PETER et ses élèves avaient pensé que la fièvre typhoïde était créée de toute pièce par le malade : elle était due à la surproduction de déchets dans l'organisme et à la rétention de ces déchets. Mais comment cette théorie peut-elle expliquer le cycle, toujours le même, que parcourt la fièvre typhoïde ?

MURCHISON, dans sa fameuse théorie pythogénétique, admettait également l'auto-typhisation ; mais une auto-typhisation produite par la fermentation des matières fécales et même de matières organiques quelconques.

Enfin RODET et ROUX, se basant sur les travaux de PASTEUR qui pouvait à son gré faire perdre ou acquérir de la virulence à un microbe, soutenaient que le même fait qui se reproduisait *in vitro* dans le laboratoire, pouvait aussi exister à notre insu, dans notre intestin. Pourquoi ne pas admettre que la fièvre typhoïde soit causée par le bactérium coli commune devenu virulent ? Et ils appuyaient leur théorie sur des preuves irréfutables. Le bacille d'EBERTH, disaient-ils, est rare et des plus inconstants dans les selles de malades atteints de fièvre typhoïde ; dans les eaux considérées

comme typhogènes, il est rare de déceler le bacille typhique et, si ces mêmes eaux contiennent le bactérium coli, il est alors impossible de le faire. Quant aux réactions produites par le bactérium coli, caractéristiques entre ce micro-organisme et le bacille typhique, il existe bien des variétés de coli bacille qui ne les possèdent pas toutes. Le bactérium coli produit de l'acide lactique et coagule le lait; le bacille typhique, lui, ne coagule pas le lait: il produit cependant un acide lactique, mais de quantité si faible que la réaction du lait ne se produit pas; le premier fait fermenter le sucre de lait; le second produit également du gaz sur les milieux sucrés avec le sucre de canne. Aussi, disent Rodet et Roux, les différences nettement tranchées qu'on dit exister entre coli et typhique, n'existent pas en réalité; dans les caractères respectifs de ces deux germes, il n'y a, en somme, qu'une différence de degré.

Widal allait au contraire prouver l'autonomie et l'étiologie propre de la fièvre typhoïde. Le sang d'animaux vaccinés contre la fièvre typhoïde et le sang des typhiques agglutinent le bacille d'Eberth seul; le bactérium coli n'est par ce procédé nullement influencé. Si, dans une culture de vingt-quatre heures de bacille typhique en bouillon, on verse, dans la proportion de un dixième, du sérum de sang typhique, le bouillon se clarifie et les bacilles agglomérés en fins grumeaux tombent au fond du tube. La culture de bactérium coli qui a subi la même manipulation reste trouble.

Toutefois cette réaction macroscopique doit être contrôlée par le microscope. Après légère agitation du tube, on prélève, avec une pipette, une goutte de ce liquide que l'on examine entre lame et lamelle au microscope et on compare cette préparation avec une préparation de culture qui n'a pas subi l'adjonction du sérum. Dans celle-ci on voit une fourmilière de bacilles qui parcourent en tous sens le champ du microscope; dans l'autre, au contraire, les bacilles sont peu ou pas mobiles, déformés, granuleux, raccourcis, à contour diffus et réunis en gros amas

Le sang du typhique ne possède pas seul la propriété agglutinative, d'autres humeurs l'ont encore.

Achard et Bensaude voient le lait d'une nourrice typhique agglutiner parfaitement le bacille d'Eberth. Les larmes, la sérosité des vésicatoires, quelquefois l'urine, donnent aussi la réaction d'agglutination.

Quoique récente, la méthode de Widal a été employée et vérifiée par une foule d'expérimentateurs. P. Courmont, dans 200 cas, a toujours obtenu la séro-réaction et les cas de fièvre typhoïde avérée dans lesquels la séro-réaction ait fait défaut, ont été excessivement rares.

Cependant, Achard et Bensaude ont trouvé que certains germes qu'ils appellent paratyphiques, comme le microbe de la psittacose, s'agglutinaient par le sérum typhique. Mais les amas de ces bacilles paratyphiques sont bien différents de ceux du bacille d'Eberth. Ici ce sont de gros amas formés de germes conglomérés et déformés; là, au contraire, les amas sont rares, petits, et les bacilles conservent leur forme intacte.

Ainsi donc le bacille d'Eberth a bien son autonomie propre. Cette espèce, bien différente du genre coli, cause seule la fièvre typhoïde.

Le bacille typhique peut se rencontrer dans les selles de typhoïsants. Remlinger et Schneider l'ont cependant trouvé dans les selles de malades non typhiques qui, pour cinq d'entr'eux du moins, n'avaient jamais eu la fièvre typhoïde.

Alors que le bacille typhique a disparu de l'intestin on le rencontre encore dans l'épaisseur des plaques de Peyer, dans les ganglions mésentériques et dans la rate. C'est dans ces divers organes que ce germe morbide sécrète ses toxines qui, charriées par le courant sanguin par toute l'économie, produisent les symptômes typhiques.

Brieger a isolé des cultures de bacille typhique une toxine qu'il appelle typhotoxine. Sanarelli prépare également une toxine dont la dose mortelle est de un centimètre cube et demi par cent grammes d'animal. L'action de cette toxine est constante. A une phase d'hyperthermie succède l'hypothermie; la température centrale de l'animal peut descendre à 34 ou 33°; l'animal est accablé; il est pris d'une diarrhée parfois hémorrhagique; la paralysie le gagne progressivement et il meurt par asphyxie. A l'autopsie l'intestin est rempli d'un liquide diarrhéique, la muqueuse intestinale est rouge, congestionnée, et les plaques de Peyer sont saillantes et tuméfiées. Ces symptômes, ces lésions d'autopsie sont donc causés par l'injection directe de la toxine typhique: ce sont donc les sécrétions du germe qui agissent seules dans cette infection expérimentale qui a bien des points communs avec la fièvre typhoïde normale de l'homme.

Le bacille typhique reste longtemps virulent dans l'organisme. Il peut comme coli-bacille faire du pus.

Cette faculté pyogène a été signalée pour la première fois par Rodet et Roux. Mya et Balfanti ont déterminé chez l'animal une péricardite purulente par injection, dans le péricarde, de bacille typhique. Depuis chez l'homme, convalescent de la fièvre typhoïde et même guéri depuis longtemps, on a constaté assez souvent la présence de collections purulentes, d'abcès d'où le bacille d'Eberth put seul être isolé. Quelquefois ces abcès sont à coli-bacille, à staphylocoques ou à streptocoques. Ces germes pénètrent dans l'organisme occupé déjà par le bacille d'Eberth, acquièrent de ce fait une virulence extraordinaire et causent des complications particulièrement graves.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des vomissements par le menthol

M. Morel-Lavallée a préconisé le traitement suivant des vomissements incoercibles :

Menthol	10 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne . . .	20 —
Alcool	60 grammes.
Sirop simple.	30 —

A prendre par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure.

M. Mathieu vient à nouveau de vanter les bons effets du menthol contre les vomissements alimentaires des tuberculeux. Le menthol est donné de la façon suivante :

Menthol	20 centigrammes.
Julep gommeux	150 grammes.

Bien agiter avant de s'en servir. — 2 à 4 cuillerées à bouche espacées après le repas.

Sous l'influence de cette médication, les quintes de toux provoquées par l'ingestion des aliments sont supprimées ou atténuées ; elles n'entraînent plus le vomissement. Le menthol est, dans ces cas, un excellent succédané de l'eau chloroformée et de la glace.

M. Ferrand, étant d'avis que l'élément spasmodique joue un très grand rôle dans la pathogénie de ces vomissements, préconise les badigeonnages au pinceau de la région pharyngée avec la solution suivante :

Bromure de potassium.	5 grammes.
Glycérine	50 —

Badigeonnages pratiqués soit au moment des quintes de toux, soit avant le repas, et qui, en diminuant la sensibilité du pharynx, modifient favorablement le réflexe provoqué par le passage des aliments.

(Revue de clin. thérap.).

VARIÉTÉS

Un nourrisson à tête de Serpent

Il y a plusieurs années, une femme de la campagne vient me trouver et me tient le langage suivant :

— Monsieur, on m'a dit que vous étiez chargé de placer un nourrisson qui a une tête de serpent, que l'on donnerait à la nourrice une vache et cinquante francs par mois.

Mon mari,d'abord, ne voulàit pas. Mais nous ne sommes pas riches. On ne récolte rien. Je viens vous demander la préférence.

Fort surpris, vous conviendrez qu'il y avait de quoi, je lui répondis :

— C'est un conte.

— Oui, Monsieur, répliqua-t-elle ; c'est le fils d'une comtesse qui demeure au château de C...

Le quiproquo était aussi singulier qu'innattendu.

Je tentai vainement de lui persuader que ce nourrisson était bien réellement un *conte* et non un *comte*, comme elle le croyait.

Peine perdue. Elle s'en alla, non satisfaite, de n'avoir pas eu la « préférence ».

A partir de ce moment, les concurrentes affluaient à la maison. La rumeur — dans le monde des nourrices — avait ouvert ce concours, certainement inédit. Elles se demandaient, anxieuses, quelle serait l'heureuse élue.

— Monsieur, disait l'une, je viens vous demander le nourrisson à tête de serpent. Siffle-t-il ? Est-il venimeux ? Y a-t-il du danger ? Bien sûr, personne ne voudra plus venir chez nous.

Parfois, je faisais entrer les postulantes dans une pièce voisine du cabinet de consultation où il y avait quelques personnes amies en visite et l'entretien avait alors lieu devant elles. La consigne était de ne pas rire !

Cela dura plusieurs semaines et l'on ne put jamais savoir qui avait le premier lancé cette facétie.

Enfin, un beau jour, le bruit courut qu'une femme P... avait remporté la palme et que le fameux nourrisson, devenu désormais célèbre, venait de lui être adjugé.

C'est alors qu'une dame de la ville, et non des moindres, alla pour le voir !

(Correspondant médical). Dr G. Bourgougnon.

Augmentation du nombre des médecins spécialistes

Au Congrès de Nantes, M. le Dr Polo a signalé que le nombre des spécialistes augmente en France bien plus rapidement encore que celui des médecins. A Paris, en 1892, on comptait 2125 docteurs, dont 234 spécialistes, soit 11 p. 100; à Nantes, à la même époque, il y avait 100 docteurs exerçant et 7 spécialistes. Maintenant, c'est-à-dire depuis six ans, le nombre de ces derniers a doublé dans les deux villes citées, tandis que celui des médecins a augmenté en proportion beaucoup moindre.

L'homme à la tête qui grossit

Les suggestionnés ont à redouter toutes sortes de méchantes farces de la part de leurs camarades.

Un médecin de mes amis vit un jour entrer un de ces malheureux, employé dans une imprimerie. Pâle et hagard, il s'affaisse en s'écriant : « Docteur, je vais mourir, ma tête est gonflée. »

De mauvais plaisants avaient ingénieusement bourré de carton la doublure de son chapeau. Puis, toute la matinée on lui avait, monté cette scie : « Qu'as tu donc, cher ami, quelle mauvaise mine, ta tête gonfle. » Le suggestionné avait d'abord fait bonne contenance. Mais à la sortie, quand il voulut mettre son chapeau, celui-ci n'entrait pas dans sa tête. C'était donc vrai, son crâne avait gonflé sous l'influence d'une épouvantable maladie. Et l'infortuné de courir effaré chez l'homme de l'art.

N. B. — C'est dans un atelier de typographie bien connu à Lille que se pratiqua la farce ci-dessus.

(*Correspondant médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le jeudi 27 octobre, à Lille, dans les salles de la Faculté de médecine, auront lieu :

1° Le **concours pour l'obtention des bourses de doctorat.**

2° Le **concours pour l'obtention des bourses de pharmacien de 1re classe.**

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le jeudi 20 octobre, à 4 heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consisteront en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

A. — *Régime du décret du 31 juillet 1893*

1° Les candidats pourvus de quatre incriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie) ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ;

b) Une composition d'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de physiologie.

b) Une composition de chirurgie.

B. — *Régime du décret du 20 juin 1878*

1° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie, anatomie des régions) ;

b) Une composition d'histologie et de physiologie.

2° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine ;

b) Une composition de chirurgie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

— Dans le courant du mois d'octobre la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux célèbrera son centenaire. La **Société centrale de médecine du département du Nord**, dont nos lecteurs apprécient les intéressants travaux, n'a pas un passé si ancien ; mais fondée, sous le vocable de Cercle médical de Lille, en 1842, depuis 1846 elle porte son nom et publie dans le *Bulletin médical du Nord* les travaux de ses membres. Le cinquantenaire de cette Société a passé sans fêtes commémoratives, faute d'initiateur sans doute.

Notons pour nos lecteurs que les séances se tiennent les 2e et 4e vendredis de chaque mois, août et septembre exceptés ; le 14 octobre reprendront les séances, auxquelles nous prions auditeurs et présentateurs de se rendre avec la même assiduité qu'antérieurement.

— Nous relevons avec plaisir le nom de trois élèves de notre Faculté sur la liste des **candidats admis à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon** : M. Potet, avec le numéro 24 ; M. Adolphe Lecomte, avec le numéro 38 ; M. Barthélémy, classé 48 sur 75 admissions. Dans son court passage au ministère de la guerre, M. le général Zurlinden a ainsi augmenté de 25 le nombre des admissions à l'Ecole de Lyon. Puisse cette décision être le prélude de l'augmentation de l'effectif si restreint de nos confrères militaires.

— Dans le décret du 29 septembre 1898 nommant les médecins stagiaires au grade de **médecin aide-major de 2me classe**, nous relevons les noms ci après intéressant notre région. MM. les docteurs Raoult-Deslongchamps, affecté au 43e d'infanterie, à Lille ; Raymond, au 29e d'artillerie, à Laon ; Chassin, au 110e d'infanterie, à Dunkerque ; Pascal, au 3e génie, à Arras ; Coche et Oullier, à l'hôpital militaire de Lille ; Grysez, au 27e d'artillerie, à Douai ; Anthony, à l'hôpital militaire de Maubeuge ; Thomas et Blary, à l'hospice mixte de Verdun.

— Par décision ministérielle, les **mutations** suivantes auront lieu en ce qui concerne :

1° Les médecins-majors de 1re classe : M. SIMON, de Saumur, est désigné pour le 120e d'infanterie, à Péronne-Verdun.

2° Les médecins-majors de 2e classe : M. VIGERIE quitte l'hôpital militaire de Maubeuge pour le 91e d'infanterie, à Mézières : M. MENDÈS-BENITO, des hôpitaux militaires d'Oran, vient au 22e dragons, à Sedan ; M. de SCHUTTELAERE quitte le 91e d'infanterie, à Mézières, pour les hôpitaux d'Oran ; M. CHAMBAUD, des hôpitaux de Tunisie, passe au 128e d'infanterie, à Abbeville-Verdun.

3° Les aides-majors de 1re classe : M. DICKSON, du 73e d'infanterie, à Béthune, passe au 21e d'artillerie ; M. BOURLANGE, du 110e d'infanterie, à Dunkerque, passe au 9e chasseurs à pied.

4° Les aides-majors de 2e classe : M. VELTEN, du 29e d'artillerie, à Laon, est désigné pour les hôpitaux militaires d'Alger.

— Sont **promus au grade de médecin aide-major de 1re classe** et maintenus à leur poste : MM. les médecins aide-majors de 2e classe MONTAGNE, du 127e d'infanterie, à Valenciennes ; DELAHAYE, du 84e d'infanterie, à Avesnes ; HENRIOT, du 145e d'infanterie, à Maubeuge.

— La liste des promotions dans le cadre des **officiers de réserve et de l'armée territoriale** vient de paraître. Nous y trouvons le nom de quelques confrères de la région, élevés : MM. les docteurs THÉRET, de Tincques ; VERNY, du Portel (Pas-de-Calais), au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve ; TAVERNIER, de Lille (Nord), au grade de médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale.

UNIVERSITÉ DE PARIS

— C'est le dimanche 23 octobre que sera inauguré à Paris, dans la cour d'honneur de l'hôpital de la Salpêtrière, le **Monument élevé à CHARCOT**, par le souvenir de ses élèves et de ses admirateurs.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Bordeaux. — M. le docteur LEFOUR est nommé professeur de clinique obstétricale.

Marseille. — M. le docteur PERRIN, est chargé du cours de dermatologie et de syphiligraphie ; M. le docteur QUENDE, du cours clinique d'ophtalmologie.

Angers. — M. le docteur BOQUEL est chargé, pour 1898-1899, d'un cours de clinique obstétricale.

NOMINATIONS

Sont nommés :

Chevalier de la Légion d'honneur. — M. BARTET, médecin de 2e classe de la marine.

Officiers d'académie. — MM. les docteurs GAYET, médecin de division à l'escadre du Nord ; DRESCH, de Pontfaverger (Marne) ; GRANGÉ, d'Ay (Marne).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur GUILLAUME, de Beaumont-Haque.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

39e SEMAINE DU 25 SEPTEMBRE AU 1er OCTOBRE 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	6
3 mois à un an	7	13
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	2	1
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	9	7
40 à 60 ans	5	3
60 à 80 ans	10	8
80 ans et au-dessus	5	1
Total	54	45

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	2	14	18	25	8	13	11	4	12	3	»	110
TOTAL des DÉCÈS	7	14	8	25	6	14	5	5	12	»	3	99
Autres causes de décès	3	2	6	6	2	3	»	2	2	»	»	26
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS : Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	2
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phtisie pulmonaire	2	1	»	2	2	2	»	»	1	»	»	10
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	1	4	2	10	»	3	4	2	4	»	2	32
Maladies organiques du cœur	»	2	»	2	2	3	1	»	»	»	»	10
Bronchite et pneumonie	»	1	»	2	»	2	»	»	2	»	»	7
Apoplexie cérébrale	»	3	»	1	»	1	»	»	1	»	»	6
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	2
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 92. Deuxième Année, N° 42. Le Numéro : **10** centimes. 16 Octobre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT *5 fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS *3 fr. par an.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la Semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : La manie aiguë, par le docteur **Kéraval**. — FAITS CLINIQUES : A l'appui de la loi de Louis : Sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et des tuberculoses locales, par MM. **G. Brongniart** et **J. Trampont**. — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. LANCEREAUX avait déjà présenté, à l'**Académie de médecine**, un premier malade atteint d'un anévrysme de l'aorte, faisant saillie à l'extérieur du thorax et soigné par des injections sous cutanées d'une solution de gélatine dans le sérum artificiel Ce malade pouvait être considéré comme guéri, lorsque, il y a quelque temps, le sang fusa à travers une fissure qui s'était faite dans la paroi de l'anévrysme et vint s'accumuler sous la peau ; la situation était très critique, mais, après la reprise du traitement, on obtint la coagulation du sang épanché. Un second malade était atteint d un anévrysme profond de l'aorte ; sous l'influence du traitement, on vit les douleurs disparaître et les veines superficielles dilatées diminuer de volume. M. LANCEREAUX a, depuis, traité par cette méthode plusieurs anévrysmes de l aorte et un anévrysme de l'artère sous-clavière avec un succès analogue. La moyenne de la durée est de quinze injections faites en plusieurs mois.

M. HUCHARD a employé cette méthode dans plusieurs cas. Elle a d'autres applications : dans des hémoptysies incoercibles, les injections de gélatine amenèrent la guérison Le sang d'un lapin soumis à ces injections se coagule plus rapidement. M. HAYEM rapporte que M. BOISSET a publié un cas dans lequel la coagulabilité du sang est devenue trop considérable et a donné lieu à la production d'un caillot et d'une embolie cérébrale.

M. FOURNIER fait remarquer qu'on croit souvent pouvoir diminuer l'anévrysme par le traitement antisyphilitique : quand on observe cette diminution, ce n'est pas de l'aorte qu'il s'agit, mais d'une gomme massive intrathoracique et préaortique.

*** M. RECLUS fait une réclamation de priorité au sujet de l'emploi du chlorate de soude dans le traitement du cancer M. BRISSAUD n'a employé ce procédé thérapeutique que sur son conseil. D'ailleurs, il est sans valeur et ne guérit pas les sujets chez qui on l'applique.

A la **Société de Biologie**, M. BOUCHARD relate un fait physiologique singulier : l'augmentation du poids du corps sans ingestion d'aliments. Au cours d'observations sur les variations du poids du corps dans les périodes de temps où l'économie n'a reçu d'autres ingesta que des gaz atmosphériques et où elle n'a rendu d'autres excreta que les matières de la perspiration cutanée et de l'exhalation pulmonaire, les autres excreta étant retenus dans la vessie et l'intestin, l'auteur a constaté des augmentations de poids de 20 à 40 grammes en une heure chez un homme pesant 86 kilos Si on place l'homme dans un espace clos où l'air inspiré est privé de vapeur d'eau et l'air expiré dépouillé, à sa sortie,

de vapeur d'eau et d'acide carbonique, l'ensemble du système présente une augmentation de poids qui répond exactement au poids de l'oxygène consommé. Mais l'homme lui-même a perdu de son poids; cette diminution est la règle, on voit qu'elle a des exceptions.

Quand l'homme est à l'air libre sur le plateau d'une balance, il part constamment, par la peau et les poumons, de l'acide carbonique. Si cependant son poids augmente, ce ne peut être que parce qu'il reçoit pendant ce temps de l'oxygène. Celui-ci ne peut se fixer que par un processus d'oxydation, des hydrates de carbone ou des graisses. La graisse se transformerait en glycogène par oxydation incomplète. Pour vérifier ce fait, on provoque par le jeûne un grand besoin de formation de glycogène, on rompt ce jeûne par l'ingestion d'une grande quantité de graisse et on a ainsi le plus de chances de transformer et de conserver du glycogène dérivé de la graisse et de constater des augmentations de poids. Trois expériences ont établi la réalité de cette supposition qui accrédite l'opinion d'après laquelle la graisse, comme les hydrates de carbone et l'albumine, peut, dans certaines conditions, donner naissance au sucre.

⁂ M. KEIM considère la lactose comme un accélérateur physiologique du travail de l'accouchement : elle renforce et accélère les contractions utérines. Elle n'agit qu'après un début de travail ; la dose suffisante est de 25 grammes.

⁂ M. PHISALIX a vu survenir, chez un chien inoculé avec des cultures du microbe de la septicémie des cobayes, survenir des accidents infectieux oculaires. Les accidents, d'abord limités à un œil, gagnèrent l'autre. L'énucléation du premier put entraver l'évolution du côté du second, ce qui montre l'utilité de l'énucléation précoce dans les opthalmies sympathiques.

A la **Société de chirurgie**, M. GUINARD donne les résultats de ses interventions dans les cas de névralgie faciale rebelle. L'auteur a réséqué une fois le ganglion de GASSER, trois fois le bord alvéolaire, huit fois le ganglion de MECKEL et le nerf maxillaire inférieur. La résection du ganglion de MECKEL a donné deux insuccès sur huit cas. La résection du rebord alvéolaire recommandée par JARRE a donné deux échecs.

Voici d'ailleurs les conclusions de M. GUINARD :

1° On ne doit pas conclure, de l'irradiation des douleurs à toute la zone innervée par le trijumeau, que les opérations extra-crâniennes, portant sur une seule des branches, seront inefficaces;

2° On ne peut pas conclure de ce que les douleurs au début de l'affection ou au début des crises se sont manifestées dans le territoire innervé par une des branches du trijumeau que la résection de cette branche seule amènera la guérison;

3° Il est donc logique de commencer le traitement chirurgical par des opérations parfois inefficaces, mais toujours bénignes et de ne pas proposer d'emblée l'extirpation du ganglion de GASSER, opération toujours grave, quoi qu'on en ait dit.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. LAMBRET présente la presque totalité d'un estomac qu'il a enlevé dans le service du professeur FOLET qu'il suppléait.

Il s'agissait d'un malade très cachectique et peu résistant, qui était entré à l'hôpital avec une sténose pylorique presque complète due à une tumeur de la région.

L'opération habilement conduite et vite menée, permit de constater que l'estomac n'était pas adhérent; il n'y avait pas de ganglions. La presque totalité de l'estomac (les deux tiers) fut réséquée entre deux clamps. Après avoir suturé les deux orifices stomacal et intestinal, M. LAMBRET termina par une gastro-entérostomie. Malheureusement le malade ne put supporter le schock et mourut dans la journée.

A l'examen de la pièce, on constate que le pylore est réduit à un étroit défilé. Au milieu du néoplasme dur il y a un bourgeon volumineux qui fait champignon dans la cavité stomacale.

⁂ M. DESOIL a trouvé dans les urines d'un brightique une albumine de nature spéciale, qui *se redissout* après avoir été *décelée* par la chaleur, au contact de l'acide acétique Il s'agit là d'une de ces variétés d'albumine, intermédiaires entre la sérine et les peptones, décrites tout récemment par PATEIN, sous le nom d'albumines acéto-solubles.

Il est très important de connaître ces faits qui, outre qu'ils peuvent quelquefois égarer le diagnostic, sont susceptibles d'expliquer certaines urémies sans albuminurie; et la conclusion pratique est que l'albumine ne doit pas être recherchée par un *seul* procédé, mais par *plusieurs* réactifs qui se contrôlent réciproquement.

TRAVAUX ORIGINAUX

La Manie aiguë

par le docteur P. **Kéraval**, médecin en chef de l'asile d'Armentières

On désigne sous le nom de manie aiguë, manie typique, manie franche, une maladie mentale caractérisée par une agitation très vive, qui s'impose à l'individu qui en est atteint, et contre laquelle celui-ci ne peut lutter. De là le nom qui lui a été donné : μανια en grec veut dire fureur.

Esquirol la définissait ainsi : c'est une affection cérébrale ordinairement sans fièvre, caractérisée par une perturbation et une exaltation de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté.

Il y a, en réalité, comme le dit Ball, dans l'espèce, un délire généralisé tenant à une vive surexcitation de l'intelligence et un besoin tumultueux de mouvement.

On lui a attribué toutes espèces de causes qui ne sauraient être tenues pour vraies indépendamment l'une de l'autre, parmi lesquelles, comme toujours, dans le domaine des maladies mentales, l'hérédité. Mais la manie franche paraît la moins héréditaire des affections psychiques et la plus autonome, en même temps qu'elle semble de moins en moins fréquente.

Est-elle, comme on l'a enseigné, en rapport avec des prédispositions du caractère, est-elle l'apanage des jeunes gens et des femmes mobiles, expansifs, enthousiastes ? Il conviendrait de faire dans le tempérament et chez ces individus la part de ce qui pourrait confiner à l'instabilité morbide. Toutefois nous possédons des observations à l'appui de l'indication précédente des auteurs, excluant l'intervention de toute influence héréditaire ou pathogénique commune. Nous en possédons aussi des observations chez des vieillards vigoureux, indemnes des lésions organiques de la sénilité.

Les annales de la science en font une affection saisonnière du printemps et de l'été (?)

Symptomatologie. — La manie aiguë franche se compose de trois périodes : une période d'invasion, une période d'état, une période de terminaison.

Première période : période d'invasion. — L'économie d'un individu qui va faire les frais d'un accès de manie aiguë, semble, comme il arrive souvent, du reste, un peu avant l'éclosion apparente de bien d'autres maladies, en proie à des modifications physiologiques intérieures, qui se traduisent par la tristesse, une sensation de fatigue et de vague souffrance, de la mauvaise humeur, des maux de tête, de l'insomnie, de l'inappétence, de la constipation. C'est le début de bien des affections organiques. Mais ces malaises ne durent que quelques jours, ou même quelques heures, et font place à un sentiment de bien-être exagéré.

Et c'est précisément à ce moment que l'excitation se déchaîne en une activité et en une turbulence irrésistibles, dont le substratum consiste en une exagération d'idées profuses, en des sollicitations motrices continues. L'idéation est précipitée comme les mouvements, les actes incoercibles. Le malade, irritable, se livre à des écarts de conduite tout à fait opposés à sa conduite habituelle, qui peuvent en imposer pour les causes de la maladie. On le verra, par exemple, commettre des excès de toute nature auxquels son entourage n'était pas habitué jusqu'ici, et le médecin, non prévenu, en inférera que l'agitation est la conséquence de ces désordres, tandis que ce sera l'inverse.

Chez la femme, il n'est pas rare de voir ces phénomènes suivre une brusque suppression des règles ; l'excitation apparaît brutalement et s'accroît très rapidement. Il en est de même dans la folie périodique dont nous parlerons plus tard.

En d'autres cas, on assiste à des alternatives brusques et courtes de périodes d'excitation et de retour à l'état normal qui feraient croire à tout autre affection et ne laissant pas que de gêner le diagnostic jusqu'à ce que se dessine la seconde période.

Deuxième période : période d'état. — Les *facultés intellectuelles* fonctionnent exagérément ; fouettées, pour ainsi dire, par une suractivité organique comparable à celle que produit la suroxygénation du milieu respiratoire, les voilà qui marchent au hasard, sans frein, absolument soustraites au contrôle de la volonté physiologique. Enlevez le balancier de votre pendule, et vous avez une image à peu près exacte de la manie aiguë. La marche s'en précipite, comme celle des rouages du mouvement de la pendule, et, en même temps, il s'effectue un certain désordre, qui tient peut-être à ce que, de même que dans le mécanisme en question, l'application des engrenages cellulaires les uns sur les autres n'est plus sinon aussi intime, au moins aussi uniforme. Il doit y

avoir trop de jeu ou imparfaite adaptation, comme on dit en mécanique. Les idées sont plus nombreuses, s'associent plus vite, et simultanément moins intimement.

Elles se pressent en foule, s'accumulent, se confondent, chevauchent les unes sur les autres, avec une telle rapidité que le lien qui les unit disparaît. C'est la fuite des idées des Allemands (IDEENFLUCHT), c'est la poursuite, la chasse des idées qui courent précipitamment en foule (IDEENJAGD).

Le *langage* devient incohérent par excès d'idées et précipitation des mots qui s'écoulent pêle-mêle. Il y a *logorrhée*. Tout ce qui se présente à la pensée est immédiatement revêtu d'un mot, ou d'une phrase, mais ce mot, et surtout cette phrase sont incomplets, le patient n'ayant pour ainsi dire pas le temps d'opérer l'habillement de l'idée par l'image du mot et de l'expression, et encore moins celui d'articuler complètement ce qu'il a trouvé, une nouvelle besogne s'imposant à son cerveau dans des mêmes conditions tumultueuses.

Les conceptions, profuses, sont de toute nature. La modalité en est généralement emphatique. On y distingue toutes les variétés communes. Mais on y saisit également toutes sortes d'idées, de grandeur, de satisfactions, de persécutions, fugaces, sans fond du reste, tout à fait caractéristiques d'un délire général qui galope. Puis, ce sont des propos de textes variés, y compris des allusions obscènes, des expressions basses, triviales, ordurières, obscènes aussi, chez les gens les mieux éduqués, émises avec la même confusion.

A tout prendre, c'est l'animation excessive du travail normal de la pensée, surchauffé, poussé à son maximum et privé de son modérateur. L'homme normal qui, tranquillement assis ou en flâneur, pense et réfléchit, produit et observe en lui toute sorte d'idées, mais il les dirige, les oriente, dans une certaine mesure qui est la mesure physiologique, les choisit, ne se laisse pas dominer par elles, et se garde bien d'en faire part ; en outre elles ne lui arrivent que lentement. L'homme atteint de manie aiguë n'a plus la libre disposition de l'activité intellectuelle incendiée.

Ce travail de l'idéation est encore actionné par des *illusions des sens*, illusions dues à une hypéresthésie des organes sensoriels. Ce sont surtout des illusions de la vue. Le malade voit bien les objets et les personnes qui l'entourent, mais les formes, les volumes, les contours, les positions de ces objets et de ces personnes sont altérées. Il s'imagine, par suite, qu'il est placé dans un monde bizarre, fantastique ; son père lui semblera, par exemple, tout à coup, avoir un nez énorme, soulevé, gonflé, comme un ballon de baudruche, puis, bientôt ce nez rentrera dans la profondeur du visage, enfin, il le verra voler, entraîné dans un tourbillon avec les objets avoisinants, à dessins également étranges et mobiles. Ces transformations s'opèrent, en certains cas, avec la rapidité dont on a un type dans les évolutions colorées de ce jouet appelé le kaléidoscope, et dans les impressions associées et dissociées fournies par le phénakisticope.

Mais les hallucinations sont rares ; généralement il n'y en a pas.

La suractivité des idées et de leur association provoque des *illusions mentales*. Un mot éveille l'idée d'une scène qui, sans transition, en appelle une autre. Le son d'un mot ou le son de la dernière syllabe d'un mot évoque le son semblable ou identique d'un autre mot ou d'une autre syllabe d'un autre mot (consonnance). Ainsi se forment des assonnances verbales et syllabiques, des rimes brutes dépourvues de significations, sans cohésion d'idées correspondantes ou déterminant des idées baroques et rappelant les amusements des collégiens. La ressemblance fictive de certaines personnes avec d'autres, exagérée par des illusions sensorielles, l'enchaînement momentané et souvent inexact de certains souvenirs adaptés à la vie présente décousue, complètent ces illusions rapides et changeantes, de même que tous les phénomènes de la manie. Un objet, un dessin, la configuration d'une chambre, d'une table, d'une fenêtre, d'un tableau, d'un candélabre, le sujet d'une garniture de cheminée, un mot, une lettre, un imprimé quelconques, suggèrent à l'esprit du malade des modifications de sa personnalité ; le voilà roi, pape, empereur, médecin, cultivateur, capucin, orateur, il se croit dans un palais, une prison, un hôpital, un théâtre, et agit comme tel momentanément. Ainsi en est-il dans le rêve où l'on change d'allures, d'attitudes, où l'on s'incarne en plusieurs avatars successifs, au gré des tableaux que l'on voit, et des modifications de l'intimité de la personne produites par le fonctionnement spécial du cerveau dans telle ou telle phase du songe.

Qu'on ne croie pas que ces descriptions soient

forcées ; elles découlent non pas uniquement de la simple observation des malades, mais de leurs confidences à l'époque de leur guérison. Ils conservent en effet la mémoire très fidèle de tout ce qui s'est passé en eux au cours de leur maladie.

Les maniaques *écrivent* comme ils *parlent*, c'est-à-dire avec profusion, rapidement, en caractères et en phrases pressés, incomplets, parfois télescopés les uns sur les autres. Ils surchargent également leurs écrits de dessins, d'arabesques, de citations, de mots baroques, de souvenirs multiples et multiformes. Ils ont en un mot de la *graphorrhée* et une graphorrhée calquée, de tous points, sur leur logorrhée, celle-là étant la servante de celle-ci. Ils écrivent, surchargent, dessinent, dans tous les sens du papier. Cette besogne, des plus curieuses pour l'observateur, notamment quand on a affaire à des maniaques cultivés, les soulage.

La même activité désordonnée, la même turbulence, la même incohérence, la même mobilité règnent dans leurs *sentiments*, leurs *instincts*, leurs *actes*. C'est le même changement incessant de sentiments, d'affections, de passions. Le maniaque, dans l'unité de temps, passe du pleur au rire, de la douceur à la tendresse, à la sensiblerie, de celle-ci à la *fureur*. D'où les appellations de manie furieuse (TOBSUCHT) ou d'hypomanie (manie atténuée), appliquées suivant les observations, les cas, les phases, à la manie aiguë ; c'est affaire de prédominance de tons dans les formes. L'instinct génital présente une surexcitation spéciale ; d'aucuns se masturbent avec emportement, ou coïtent jusqu'à épuisement. Cette phrénésie de l'affectivité et de la motilité les porte souvent à l'exécution de courses, de sauts, de danses, de gesticulations, de vociférations, par le déclenchement, par la décharge d'une série continue d'impulsions instantanées qui les transforment en polichinelles et en clowns en goguette, irréfléchis. C'est comme cela qu'ils se livrent parfois à des violences, à des bris, à des déchirures automatiques autour d'eux et sur leurs vêtements. C'est pour cela que les journaux, à l'article des faits divers, relatent des exploits d'aliénés qui constituent de vrais tours de force et d'adresse. On en a vu et on en voit assez souvent monter sur les toits à l'aide de fragiles accidents de construction, peu accentués, et y exécuter, sur des crêtes ténues, des cabrioles extraordinaires.

L'excitation désordonnée, qui est la conséquence matérielle des phénomènes intellectuels et passionnels permet de comprendre l'*attitude générale*, le mode de réaction physique et physiologique de la manie. Ce dévergondage perpétuel d'actes, de gestes, de chants, de cris, de rires, les contorsions et les grimaces ont pour cortège : un visage animé, vultueux ; des yeux brillants ; une tenue débraillée ; des vêtements lacérés. Des poses et des allures parfois lubriques renforcent le tableau ; les hommes ont l'air d'énergumènes, les femmes ressemblent aux furies de la mythologie grecque.

Le sommeil devient nul ou peu s'en faut. Les nuits sont infernales et gagneraient à être décrites par le DANTE, infernales par la manière d'être du patient à l'égard de son entourage, infernales pour ses parents effrayés, infernales pour le patient lui-même par les impressions qu'il ressent, les accidents redoublant d'intensité la nuit, infernales pour tout le monde à cause des émotions multiplées par le silence ambiant.

Ces démons ont une force de résistance peu ordinaire, ils ne sentent pas les changements de la température extérieure, déploient une vigueur que ne laisserait pas soupçonner la complexion de leur charpente, et dépensent, sans compter, leur activité, à l'excès, sans succomber à la fatigue.

Leur pouls est fréquent, leur température parfois élevée ; le rythme de la respiration accéléré. Les sécrétions sont fort actives, celle de la salive principalement ; le patient crache parfois d'une façon incessante. Ou c'est la sueur dont l'excrétion imprègne le corps du maniaque de l'odeur *sui generis* dite de souris, notée par les cliniciens.

L'appétit devient excessif ; il en résulte de la voracité, voire de la gloutonnerie, contrastant avec une constipation fréquemment opiniâtre. Et cependant, loin d'augmenter de poids, le malade diminue, à raison de l'exercice immodéré auquel il se livre. En revanche, il arrive quelquefois qu'il mange insuffisamment ou qu'il ne mange pas du tout, son agitation ne lui en donne pas le temps. Nous avons déjà dit que la manie coïncidait d'ordinaire chez la femme avec la suppression de la menstruation : en pareil cas, il n'est pas rare de voir la réapparition des règles cadrer avec la disparition de l'excitation.

TROISIÈME PÉRIODE : PÉRIODE DE TERMINAISON. — La manie guérit, entraîne la mort, ou devient chronique. Examinons ces trois éventualités de son évolution.

A. GUÉRISON. — C'est le cas le plus habituel. Elle

a lieu soit brusquement, soit par oscillations progressives, soit par diminution graduelle.

Voici comment s'opère la *guérison brusque*. La veille on avait vu un maniaque en pleine acuité, le lendemain on trouve une personne calme, d'un calme parfait, jouissant d'une lucidité tout à fait remarquable. Mais, il y a un revers à la médaille, ceci arrive surtout pour les manies intermittentes et rémittentes. La rechute est donc probable, puisqu'il s'agit probablement d'une intermittence ou d'une rémission, et, par conséquent, d'une autre affection que la manie aiguë franche.

La *guérison par oscillations progressives* est une défervescence à ressauts. L'individu, qui était excité, a une lueur de calme, celle-ci cède la place à une excitation, cependant moins longue que la première, et est suivie, à son tour, d'une lueur plus longue. Et, ainsi de suite, à intervalles de plus en plus rapprochés. L'excitation devenant de moins en moins intense et de moins en moins longue, à mesure que le calme s'affirme plus tenace, plus étendu. C'est lui qui finit par persister.

La *guérison par diminution graduelle, progressive, ininterrompue des symptômes*, se traduit par l'apaisement de l'agitation, le retour du sommeil, la réfection de l'embonpoint, un rétablissement intégral. Il faut avoir grand soin, avant de se prononcer, de bien examiner si les troubles intellectuels disparaissent en même temps que l'état physique s'améliore. C'est capital, nous l'avons déjà signalé, à propos de la symptomatologie générale de aliénés.

B. Mort. — La mort est rare dans la manie aiguë. Elle a lieu par une complication organique telle qu'une affection pulmonaire, dont la pathogénie s'explique par le surmenage physique du patient, son insensibilité à l'égard des variations de la température extérieure qui lui fait négliger les précautions les plus élémentaires, par les troubles profonds des échanges de la nutrition intimes de l'économie. Elle a lieu aussi par la transformation de la manie aiguë en manie suraiguë (délire aigu).

C. Chronicité. — C'est la terminaison la plus fréquente de la manie aiguë, après la guérison. La manie s'atténue, l'agitation s'affaiblit mais persiste indéfiniment. Le malade reprend alors ses forces, récupère son embonpoint perdu, ou prend un embonpoint qu'il n'avait pas auparavant, ses idées demeurent incohérentes, confuses.

Il est simplement difficile de préciser l'époque à laquelle doive s'installer cette chronicité. Tantôt elle s'établit à partir du deuxième ou troisième mois qui suit le début de l'accès maniaque ; tantôt seulement après trois ou quatre ans.

Marche de la maladie. — Une manie évolue régulièrement quand on peut constater la netteté des trois périodes, d'invasion, d'état, de déclin et de leur enchaînement. Mais, sans que l'accès cesse d'être franc, il se peut manifester des irrégularités, des temps d'arrêt, des intervalles lucides, des rémissions passagères, n'impliquant point néanmoins d'autre diagnostic, ou n'assombrissant point le pronostic.

On est assez en peine au sujet de la spécification de la durée. Une cote mal taillée, familière aux nosographes, permet d'établir une durée moyenne de deux à huit mois, jusques et y compris quelques années.

Anatomie pathologique. — Il n'existe pas de lésions invariablement en rapport avec la manie aiguë. Sans doute l'*hypérémie généralisée des centres nerveux* et les autres aspects anormaux du même genre corroborent l'exagération fonctionnelle des opérations et facultés qui dépendent de ces centres. Mais cette hypérémie est-elle en rapport exclusif avec les troubles fonctionnels ? Ne dépendrait-elle pas d'une auto-intoxication ? Et par quels procédés ? Autant d'inconnues à élucider par les travailleurs de l'avenir.

Pronostic. — La manie aiguë simple guérit deux fois sur trois. Elle guérit surtout dans les six premiers mois de sa durée ; elle ne guérit presque jamais quand elle a duré trois années. Ainsi parlent les classiques. Ils disent, en sus, que les chances de guérison sont principalement fortes en automne, et chez les sujets jeunes ; qu'un premier accès est plus curable qu'un second ou un troisième. C'est bon à noter.

Diagnostic. — La grosse question est de déterminer si l'on a affaire à un délire fébrile. Le tracé de la feuille de température, quand celle-ci est élevée, ne tarde pas à le montrer. S'il n'y a pas d'élévation de la température, il s'agit d'un accès maniaque. Si la température monte, il peut s'agir d'un accès de manie, à la condition que l'élévation thermique n'ait pas le cycle et l'intensité de celle d'une fièvre classée.

S'agit-il d'une manie, est-ce une manie franche, est-ce une manie symptomatique? Nous avons déjà dit qu'actuellement, chez les peuples surmenés par la civilisation, les excès et les tares de tous genres, la manie franche aiguë était une rareté. La manie peut être symptomatique d'une paralysie générale, de l'alcoolisme, de l'épilepsie, de l'état puerpéral, etc... ; nous en parlerons plus tard. L'important, pour le moment, est de savoir qu'on a affaire à une manie.

Cette manie est-elle le début d'une manie intermittente, d'une folie à double forme? L'examen ultérieur, des commémoratifs, les renseignements relatifs à l'hérédité, lèveront tous les doutes.

Traitement. — Il est *à priori* incontestable qu'il faut isoler le maniaque. Mais il n'est pas défendu de savoir qu'on peut essayer de le calmer à l'aide de bains et de médicaments réunis.

Il peut être utile de rappeler qu'il convient d'assurer la liberté du tube digestif, et que si la maladie, en s'atténuant, tend à devenir chronique, un révulsif à la nuque est indiqué.

L'agitation vive, à cause des violences qui compromettraient la sécurité du malade et celle des personnes qui l'entourent, nécessite l'application du *maillot de* MAGNAN, vêtement de coutil d'une seule pièce, à longues manches renforcées, se laçant par derrière, et maintenant, sans serrer outre mesure le corps et les membres, les bras fixés au pantalon, au moyens d'organes spéciaux, le long du corps. Ce maillot permet, au besoin, de coucher le maniaque, allongé, dans un *lit spécial*; mais il faut éviter qu'il ne se heurte aux parois de celui-ci, qu'il n'y demeure trop longtemps, sous peine d'accidents. On fera donc bien de ne pas garder chez lui un malade aussi difficile, aussi dangereux à manier. L'application du maillot, si on réussit à le lui mettre, ne devra servir qu'à le confier plus aisément et le plus tôt possible, sans incidents fâcheux pour personne, à une maison spéciale d'aliénés.

L'alimentation sera l'objet des préoccupations les plus vives. On n'hésitera pas, quand elle est insuffisante, à recourir à la sonde *œsophagienne, molle, introduite par le nez* et à faire pénétrer, ainsi, dans l'estomac, plusieurs fois par jour, aux heures ordinaires des repas, de petites quantités de lait contenant des œufs battus.

On soignera donc le tube digestif, on visitera autant que possible la bouche, que l'on nettoiera avec précaution comme on le fait chez les typhiques, au moyen d'eau de Vichy, d'orangeade et de citronade douce ; on pratiquera à la surface du corps, pour stimuler méthodiquement la circulation générale, des lotions vinaigrées tièdes, afin de prévenir des troubles nutritifs possibles chez un malade à ce point déséquilibré.

FAITS CLINIQUES

Clinique Médicale de la Charité

Service de M. le Professeur COMBEMALE

A l'appui de la loi de Louis : Sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et des tuberculoses locales

par MM. G. Brongniart et J. Trampont

La tuberculose pulmonaire précède-t-elle toujours les différentes tuberculoses locales si disparates par leur forme et leur intensité ou au contraire peut-elle être directement le résultat de ces mêmes accidents locaux ? Autour de cette question ont été soulevées d'ardentes discussions qui ont abouti à ces lois si précises appelées « lois de LOUIS », combattues vigoureusement d'ailleurs par BROUSSAIS.

Pour LOUIS, c'est un fait d'observation constante que, passé quinze ans, il n'y a de tubercules dans un organe qu'autant qu'on en trouve dans les poumons. Pour BROUSSAIS, au contraire, l'état inflammatoire peut siéger ailleurs et uniquement là et il ne serait pas nécessaire qu'il y eût une tuberculose du poumon, si cachée fût-elle, avant l'apparition des premiers symptômes locaux. A la vérité, ces deux opinions opposées ont eu des vicissitudes marquées, plus particulièrement les lois de LOUIS, contre lesquelles de nombreux faits contraires ont été apportés.

Ces faits sont-ils toujours absolument convaincants ? N'est-il pas permis d'autre part de se demander si, dans quelques-uns au moins de ces cas, la tuberculose pulmonaire n'est pas passée inaperçue au bénéfice des tuberculoses locales, alors qu'une observation plus complète eût pu déceler sa présence d'une façon irréfutable ? On comprend que diminuer par l'observation de près le nombre de ces faits cliniques

contraires, c'est renforcer la véracité de la loi de Louis.

Bien souvent, en effet, l'intensité des manifestations locales est telle que la localisation pulmonaire semble devoir être absolument nulle et l'on est certes autorisé à conclure, comme l'ont fait les adversaires de Louis, à l'existence unique de la tuberculose locale, alors que ce sont les accidents consécutifs plus probants, et parfois même l'autopsie du sujet, qui réforment cette manière de voir, comme nous le démontre l'histoire du malade dont nous relatons ci-après l'observation.

Le 8 mars 1898, Mor..., Edmond, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital de la Charité pour une toux légère et des douleurs siégeant le long du membre inférieur droit.

On relève, dans ses antécédents héréditaires, que sa mère est décédée, il y a 14 ans, des suites d'une pleurésie, que le père, un frère et cinq sœurs, jouissent tous, d'après le malade, d'une excellente santé.

Comme antécédents personnels, aucune affection de l'enfance. A 16 ans, en décembre 1893, le malade sort un jour en plein hiver d'une pièce fortement chauffée et se sent brusquement saisi par le froid. Le lendemain, au cours de son travail, il a une hémoptysie, qui cesse rapidement pour reprendre pendant plusieurs jours de suite. Il entre alors dans le service de M. le Professeur Lemoine, où il reste trois mois et d'où il en sort guéri.

Six mois après sa sortie de l'hôpital, survient un abcès osseux tuberculeux au niveau de la région fessière droite, abcès qui grossit lentement et finit par s'ouvrir au dehors sans aucune réaction fébrile ni douloureuse. Ce n'est que huit mois plus tard que le malade entre dans le service de chirurgie de M. le Professeur Dubar, qui pratique, à deux reprises, un curage de l'ischion, avec enlèvement d'un séquestre. Dans l'intervalle de ces deux opérations, le malade eut à subir, pour des abcès de nature également tuberculeuse, une nouvelle intervention à la main gauche et au-dessous du mamelon droit, au niveau de la septième côte. A cette époque également, les ongles des doigts de la main gauche s'éliminèrent tous et furent remplacés par des ongles nouveaux.

Au bout de vingt-six mois de séjour, en mai 1898, le malade sort de l'hôpital. Son état général est bon, mais la fistule de l'ischion n'est pas encore tarie.

Vers la fin de février 1898, des douleurs de phlébite apparaissent au membre inférieur droit. A ces douleurs s'en ajoutent d'autres au niveau de la hanche droite et c'est à ce moment que le malade se décide à entrer pour la troisième fois à l'hôpital, dans le service de chirurgie, d'où on l'évacue sur le service de M. le Professeur Combemale.

A l'examen, le malade a un aspect très affaibli et est peu développé pour son âge. Pendant son séjour dans le service de chirurgie, il était dans un état de santé générale absolument parfait, mais, depuis quelques mois, il a beaucoup maigri.

Il se tient couché sur le côté gauche, les douleurs de la hanche et de la cuisse droites l'empêchant de se mettre dans le décubitus dorsal. Ces douleurs sont tellement vives que le contact des couvertures est devenu très pénible, au point de nécessiter l'emploi d'un appareil qui les soutienne.

La face est pâle, le cou décharné, les omoplates saillantes, les creux sus-sternal et sus-claviculaires très marqués, les doigts hippocratiques.

Au poignet gauche, on note la présence d'une tumeur blanche qui suppure, mais faiblement. Les autres abcès signalés plus haut sont entièrement cicatrisés.

La toux est sèche, par saccades et sans efforts; elle apparaît de préférence le soir.

Pas d'expectoration (le malade n'a jamais rejeté ses crachats). Pas de fièvre; pas de dyspnée; pas de sueurs. Celles-ci semblent remplacées par une diarrhée constante difficilement arrêtée. A noter enfin une légère céphalalgie presque continue.

L'examen du poumon révèle :

En avant : *a)* à l'inspection un amaigrissement du thorax assez notable; les espaces intercostaux sont fortement déprimés. Cicatrice d'un abcès tuberculeux au niveau de la septième côte droite, au-dessous du mamelon ; *b)* à la palpation : les vibrations thoraciques sont abolies à droite, légèrement diminuées à gauche ; *c)* à la percussion : matité à droite, sonorité normale à gauche ; *d)* à l'auscultation : respiration rude à droite, normale à gauche. Expiration prolongée et quelques craquements secs à droite. Aucun autre signe.

En arrière, mêmes signes qu'en avant. L'auscultation donne une expiration très prolongée et quelques râles sibilants très rares à droite.

L'examen des autres organes nous montre :

a) A l'appareil circulatoire : rien de spécial ; *b)* aux reins : le 7 juin 1898, le malade avait 2 gr. d'albumine par litre d'urine. Dosage de l'urée : 11 grammes par litre ; *c)* le foie déborde un peu les fausses côtes ; il paraît légèrement hypertrophié.

Ce qui frappe tout d'abord à la lecture de cette observation, c'est, d'une façon bien évidente, le peu d'intensité des phénomènes pulmonaires comparés aux autres accidents locaux provoqués par la tuberculose.

En effet, que présente notre malade, sous le rapport de la tuberculose pulmonaire, à son entrée dans le service de chirurgie ? Rien ou presque rien, et, quoique nous n'ayons pu nous procurer l'observation prise à cette époque, il paraît à peu près certain que l'attention n'a pas été attirée du côté des poumons par des phénomènes sérieux.

A ce moment donc, la tuberculose s'était localisée — sous quelle influence, nous le verrons — à la face externe de l'ischion. Elle ne devait pas s'en tenir là.

En effet, nous voyons, au bout d'un certain temps, d'autres manifestations locales de la tuberculose se produire, aux os du carpe de la main gauche, aux ongles, à la septième côte droite, et pourtant, nous insistons sur ce fait, l'état général du jeune homme est absolument parfait, si parfait même que le malade sort de l'hôpital, en dépit de sa fistule de l'ischion non encore tarie, et qui, du reste, ne l'incommode pour ainsi dire pas.

Ne serions-nous pas en droit de dire à ce moment que, seules, les manifestations locales de la tuberculoses sont en jeu et que, en dépit de la loi de Louis, les poumons ne sont pas atteints ?

Et plus tard, même quand le malade revient à l'hôpital, pour des douleurs siégeant dans tout le membre inférieur droit et à la hanche droite et qu'il tombe finalement dans un état de cachexie qui va le mener rapidement à la mort, l'absence, à l'auscultation, de beaucoup des signes de la tuberculose pulmonaire ne nous donne-t-elle pas le droit de penser que, jamais, le malade n'a fait de tuberculose pulmonaire ?

Que nous donne en effet l'auscultation des poumons faite à une époque où l'état extérieur du malade peut nous faire espérer de découvrir les grands signes de la tuberculose avancée ?

Quelques craquements secs au poumon droit, une respiration assez rude à droite et c'est tout !

Il faut avouer que les lésions pulmonaires sont alors bien minimes et bien peu en rapport avec les manifestations locales si importantes de la tuberculose. Que penser, dans ce cas, des relations qui existent entre les accidents locaux de la tuberculose aussi intenses que ceux qui viennent d'être observés et l'invasion si problématique du poumon par le bacille de Koch ? Deux opinions à ce sujet peuvent être discutées :

1° Si nous considérons uniquement l'absence ou mieux le peu d'importance des signes pulmonaires, la tuberculose du poumon n'a existé qu'après les manifestations tuberculeuses locales. 2° Nous reportant aux hémoptysies dont le malade a été atteint à l'âge de 16 ans, la tuberculose, d'abord pulmonaire, a commencé dans le poumon son évolution à cette époque pour s'arrêter ensuite dans sa marche d'une façon plus ou moins définitive, puis est allée se localiser dans différentes parties du corps.

L'autopsie nous a permis, dans ce cas, de trancher le différend et c'est ce qui a eu lieu ici.

A l'autopsie, en effet, outre les manifestations locales de la tuberculose, très accentuées d'ailleurs à la hanche, où la cavité cotyloïde disparaissait pour laisser place à un véritable foyer de suppuration au milieu duquel se confondaient les parties molles et les parties dures, à l'autopsie, disons-nous, le poumon présentait des modifications de structure qui levaient les doutes.

A côté de granulations tuberculeuses récentes envahissant le sommet du poumon droit, nous avons pu déceler au sein d'un tissu de sclérose, quelques tubercules anciens à forme crétacée. Le poumon droit seul était atteint ; le poumon gauche, à un examen très attentif, présentait pourtant quelques granulations tout à fait récentes. L'existence de la tuberculose, récente et ancienne, était surtout évidente à droite et aucun doute n'était permis à ce sujet.

Comment expliquer alors que, comparée à l'intensité des manifestations locales, la tuberculisation pulmonaire fût si restreinte et d'apparence si récente, sinon par un arrêt momentané dans l'évolution des lésions du poumon ?

Après s'être révélée tout d'abord par des hémoptysies abondantes, puis s'être arrêtée dans sa marche sous l'influence d'une cause inconnue, peut-être thérapeutique, soudain, par suite de l'état de cachexie dans lequel les manifestations locales avaient plongé le malade, la tuberculose pulmonaire aurait repris toute sa virulence, sans toutefois avoir le temps d'atteindre la période des grandes excavations. Aussi, après la relation de ce cas, peut-on se demander si, pour si insidieux que soit le début d'une affection fertile en surprises, comme la tuberculose, dans beaucoup de tuberculoses locales, un examen prolongé, complété par l'autopsie du sujet, ne pourrait faire découvrir la localisation pulmonaire originelle.

Dans des cas comme celui que nous venons de rapporter, ou les phénomènes locaux ont pris, chez un jeune homme en apparence bien portant, une intensité vraiment remarquable, on s'imagine difficilement que la source pulmonaire ne puisse être incriminée et, volontiers, nous citons cette observation à l'appui de la loi de Louis, qui veut que « après l'âge de 15 ans, il n'y ait de tubercule dans un organe qu'autant qu'on en trouve dans les poumons. »

VARIÉTÉS

Satire contre les médecins

Par Cyrano de Bergerac

Monsieur,

Puisque je suis condamné (mais ce n'est que du médecin, dont j'appellerai plus aisément que d'un arrêt prévôtal), vous voulez bien que, de même que les criminels qui prêchent le peuple quand ils sont sur l'échelle, moi qui suis entre les mains du Bourreau, je fasse aussi des remontrances à la jeunesse. La Fièvre et le Drogueur me tiennent le poignard sur la gorge avec tant de rigueur, que j'espère d'eux qu'ils ne souffriront pas que mon discours vous puisse ennuyer. Il ne laisse pas, Monsieur le Gradué, de me dire que ce ne sera rien, et proteste cependant à tout le monde que, sans miracle, je n'en puis relever. Leurs présages, toutefois, encore que funestes, ne m'alarment guère; car je connois assez que la souplesse de leur art les oblige de condamner tous leurs Malades à la mort, afin que, si quelqu'un en échappe, on attribue la guérison aux puissans remèdes qu'ils ont; et, s'il meurt, chacun s'écrie que c'est un habile homme et qu'il l'avoit bien dit. Mais admirez l'effronterie de mon Bourreau : plus je sens empirer le mal qu'il me cause par ses remèdes, et plus je me plains d'un nouvel accident, plus il témoigne s'en rejouir et ne me panse d'autre chose que d'un *Tant Mieux* ! Quand je lui raconte que je suis tombé dans un syncope léthargique qui m'a duré près d'une heure, il répond que c'est bon signe. Quand il me voit entre les ongles d'un flux de sang qui me déchire : « Bon ! dit-il, cela vaudra une saignée ! » Quand je m'attriste de sentir comme un glaçon qui me gagne toutes les extrémités, il rit, en m'assurant qu'il le savoit bien, que ses remèdes éteindroient ce grand feu. Quelque fois même que, semblable à la Mort, je ne puis parler, je l'entends s'écrier aux miens qui pleurent de me voir à l'extrémité : « Pauvres nigauds que vous êtes, ne voyez-vous pas que c'est la fièvre qui tire aux abois ? » Voilà comme ce traître me berce ; et cependant, à force de me bien porter, je me meurs. Je n'ignore que j'ai grand tort d'avoir réclamé mes ennemis à mon secours. Mais quoi ? pouvois-je deviner que ceux dont la science fait profession de guérir l'emploieront toute entière à me tuer ? car, hélas ! c'est ici la première fois que je suis tombé dans la fosse ; et vous le devez croire, puisque si j'y avois passé quelque autrefois, je ne serois plus en état de m'en plaindre. Pour moi, je conseille aux foibles Lutteurs, afin de se venger de ceux qui les ont renversés, de se faire Médecins, car je les assure qu'ils mettront en terre ceux qui les avoient mis. En vérité, je pense que de songer seulement quand on dort, qu'on rencontre un médecin, est capable de donner la fièvre. A voir leurs animaux étiques, affublés d'un long drap mortuaire, soutenir immobilement leur immobile maître, ne semble-t il pas d'une bière où la Parque s'est mise à califourchon, et ne peut-on pas prendre leur houssine pour le guidon de la mort, puisqu'elle sert à conduire son lieutenant ? C'est pour cela sans doute que la police leur a commandé de monter sur des mules et non pas sur des cavales, de peur que la race des Gradués venant à croître, il y eût à la fin plus de bourreaux que de patiens. Oh ! quel contentement j'aurois d'anatomiser leurs mules, ces pauvres mules qui n'ont jamais senti d'aiguillon, ni dedans, ni dessus la chair, parce que les éperons et les bottes sont des superfluidités que l'esprit délicat de la Faculté ne sauroit digérer ! Ces Messieurs se gouvernent avec tant de scrupule, qu'ils font même observer à ces pauvres bêtes (parce qu'elles sont leurs domestiques) des jeûnes plus rigoureux que ceux des Ninivites et quantité de très longs, dont le Rituel ne s'étoit point souvenu : ils leur attachent, par les diètes, la peau tout à cru dessus les os, et ne nous traitent pas mieux, nous qui les payons bien ; car ces Docteurs morfondus, ces médecins de neige ne nous font manger que de la gelée. Enfin, tous leurs discours sont si froids, que je ne trouve qu'une différence entre eux et les peuples du Nord, c'est que les Norwégiens ont toujours les mules aux talons, et qu'eux ont toujours les talons aux mules. Ils sont tellement ennemis de la chaleur qu'ils n'ont pas sitôt connu dans un malade quelque chose de tiède, que comme si ce corps étoit un Mont-Gibel, les voilà tous occupés à saigner, à clistériser, à noyer ce pauvre estomac dans le séné, la casse, la tisane, et à débiliter la vie pour débiliter, disent-ils, ce feu qui prend nourriture, tant qu'il rencontre de la matière ; de sorte que, si la main toute expresse de Dieu les fait rajamber vers le monde, ils l'attribuent aussitôt à la vertu des réfrigératifs dont ils ont assoupi cet incendie.

Ils nous dérobent la chaleur et l'énergie de l'être qui est au sang : ainsi, pour avoir été trop saignées, nos âmes, en s'envolant, servent de volant aux palettes de leurs chirurgiens. Eh bien, Monsieur, que vous en semble ? Après cela, n'avons-nous pas grand tort de nous plaindre de ce qu'ils demandent dix pistoles pour une maladie de huit jours ? N'est-ce pas une cure à bon marché où il n'y a point de charge d'âmes ? Mais confrontez un peu, je vous prie, la ressemblance qu'il y a entre le procédé des drogueurs et le procédé d'un criminel. Le Médecin, ayant considéré les urines, interroge le patient sur la selle, le condamne ; le Chirurgien le bande et l'Apothicaire décharge son coup par derrière. Les affligés même, qui pensent avoir besoin de leur chicane, n'en font pas grande estime. A peine sont-ils entrés dans la chambre qu'on tire la langue au Médecin, on tourne le cul à l'Apothicaire et l'on tend le poing au Barbier. Il est vrai qu'ils s'en vengent de bonne sorte : il en coûte toujours au railleur le cimetière. J'ai remarqué que tout ce qu'il y a de funeste aux enfers est compris au nombre de trois ; on y voit trois fleuves, trois chiens, trois juges, trois Parques, trois Gerions, trois Hécates, trois Gorgones, trois Furies. Les fléaux dont Dieu se sert à punir les hommes sont divisés aussi par trois ; la peste, la guerre et la faim ; le monde, la chair et le diable ; la foudre, le tonnerre et l'éclair ; la saignée, la médecine et le lavement.

Enfin trois sortes de gens sont envoyés au monde tout exprès, pour martyriser l'homme pendant vie : l'Avocat tourmente la bourse, le Médecin le corps, et le Théologien l'âme. Encore ils s'en vantent, nos écuyers à mules ! car, comme un jour le mien entroit dans ma chambre, sans autre explication, je ne lui fis que dire : *Combien ?* L'impudent meurtrier, qui comprit aussitôt que je lui demandois le prix de ses homicides,

empoignant sa grosse barbe, me répondit : *Autant !* Je n'en fais point, continua-t il, la petite bouche, et pour vous montrer que nous apprenons aussi bien que les Escrimeurs, l'art de tuer, c'est que nous exerçons, de même qu'eux, toute notre vie, sur la tierce et sur la quarte. » La réflexion que je fis sur l'innocence effrontée de ce personnage fut que si d'autres disoient moins, ils en font bien autant ; que celui-là se contentoit de tuer, et que ses camarades joignoient au meurtre la trahison ; que qui voudroit écrire les voyages d'un Médecin, on ne pourroit pas les compter par les épitaphes de sa paroisse, et qu'enfin, si la fièvre nous attaque, le Médecin nous tue et le Prêtre en chante. Mais ce seroit peu à madame la Faculté d'envoyer nos corps au sépulcre si elle n'attentoit sur notre âme.

Le Chirurgien enrageroit, plutôt qu'avec sa charpie tous les blessés qui font naufrage entre ses mains ne fussent trouvés morts couchés avec leurs tentes. Concluons donc, Monsieur, que, tantôt ils envoient et la Mort et sa faux ensevelies dans un grain de mandragore, tantôt liquéfiée dans le canon d'une seringue, tantôt sur la pointe d'une lancette ; que, tantôt, avec un juillet, ils nous font mourir en octobre, et qu'enfin ils sont accoutumés d'envelopper leurs venins dans de si beaux termes, que dernièrement je pensois que le mien m'eût obtenu du Roi une Abbaye commandataire, quand il m'assura qu'il m'alloit donner un Bénéfice de ventre. Oh ! qu'alors j'eusse été réjoui si j'eusse pu trouver à le battre par équivoque, comme fit une Villageoise à qui un de ces Bateleurs demandant si elle avoit du pouls, elle lui répondit avec force soufflets et force égratignures, qu'il étoit un sot, et qu'en toute sa vie elle n'avoit jamais eu ni poux, ni puces ! Mais leurs crimes sont trop grands pour ne les punir qu'avec des équivoques : citons-les en justice de la part des Trépassés. Entre tous les humains ils ne trouveront pas un Avocat ; il n'y aura Juge qui n'en convainque quelqu'un d'avoir tué son père ; et, parmi tous les pratiques qu'ils ont couchées au cimetière, il n'y aura pas une tête qui ne leur grince les dents. Que les pussent-elles dévorer ! Il ne faudroit pas craindre que les larmes qu'on jetteroit de leur perte fissent grossir les rivières : on ne pleure, aux trépas de ces gens-là, que de ce qu'ils ont trop vécu. Ils sont tellement aimés, qu'on trouve bon tout ce qui vient d'eux, même jusqu'à leur mort ; comme s'ils étoient d'autres Messies, ils meurent aussi bien que Dieu pour le salut des hommes. Mais, bons Dieux ! n'est-ce pas encore là mon mauvais Ange qui s'approche ? Ah ! c'est lui-même ! je le connois à sa soutane. *Vade, retro, Satanas* ! Champagne, apportez-moi le bénitier. Démon gradué, je te renonce ! Oh ! l'effronté Satan ! Ne me viens-tu pas encore donner quelque aposume ? Miséricorde ! c'est un Diable huguenot, il ne se soucie point de l'eau bénite ! Encore, si j'avois des poings assez roides pour former un casse-museau ; mais, hélas ! ce qu'il m'a fait avaler s'est si bien tourné en ma substance, qu'à force d'user de consommés, je suis tout consommé moi-même. Venez donc vitement à mon secours, ou vous allez perdre,

Monsieur,

Votre plus fidèle serviteur,
D. C. D. B.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Inauguration du Monument et de l'Institut Pasteur.

L'inauguration du monument de Pasteur et de l'Institut est définitivement fixée au 5 novembre.

M. le Ministre de l'Instruction publique, invité à présider la cérémonie, a fait connaître au Comité du monument Pasteur, qu'il lui était impossible de venir à cette date. Il a délégué, pour le remplacer, M. LIARD, directeur de l'Enseignement supérieur.

Ajoutons que la séance de rentrée de l'Université sera présidée par M. le docteur ROUX, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris.

M. LABORDE, secrétaire de la Faculté de médecine de Lille, permute, pour convenances personnelles, dans ses fonctions, avec M. ROCHETTE, secrétaire de la Faculté des sciences et de l'École de médecine de Clermont-Ferrand. L'*Écho médical du Nord* adresse à M. LABORDE l'expression des regrets unanimes que cause son départ au personnel de la Faculté ; à M. ROCHETTE, il souhaite une cordiale bienvenue.

— M. le docteur RENARD, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, atteint par la limite d'âge, est mis à la retraite. Il n'est aucun médecin de la région qui n'ait eu à se louer des dispositions bienveillantes que M. RENARD avait pour nous et des tempéraments qu'il savait apporter pour nous aux inflexibles exigences des règlements militaires. Aussi sa retraite sera-t-elle apprise avec peine.

Les sympathies ne lui manquaient pas dans le monde militaire et dans le monde médical ; elles le suivront à Blidah (Algérie), où il compte se fixer et vivre désormais : Le Comité de rédaction de l'*Écho médical du Nord* désire s'inscrire au nombre de ceux qui seront le plus sincères dans leurs cordialités.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de médecine légale. — Sont nommés membres correspondants nationaux : MM. PERRIN DE LA TOUCHE, de Rennes ; CHAULET, d'Agen ; CORCIL, de Toulouse ; SARDA, de Montpellier ; HERVOT, de Bordeaux.

NOMINATIONS

Ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur BERTRAND, médecin en chef de la marine à Toulon.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs CERSOY, de Langres ; MOUNIER, de La Ferté St-Aubin ; DUPONT, de Saint-Loup ; FOUCAUD, d'Alger ; MELGRANI, d'Ajaccio.

— Sont après concours nommés *internes en médecine des hôpitaux de Lyon :* MM. PIOLET, BRISSON, VIOLET, GRANGE, PINATEL, COYNARD, CASELLA, MAYET, JOLY, AGNIEL, CARRIER, VARIG.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BOUCHACOURT, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon ; HEYDENREICH, doyen de la Faculté de médecine de Nancy et professeur de clinique chirurgicale, qui a succombé après d'atroces souffrances aux suites d'une pyémie contractée en opérant un infecté ; DAVAINE, de Paris ; FRAIGNAUD, de Paris ; GUILLAUMÉ, de Beaumont-Hague (Manche).

M. LAURENT, médecin dentiste à Lille, vient de succomber aux suites d'une douloureuse maladie. Nous adressons à la famille de ce confrère nos plus sincères condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de l'examen de la vision, au point de vue militaire, par le docteur Alain PITON, Société d'éditions scientifiques, Paris, 1898.

Ouvrage essentiellement pratique, sans théorie, ce manuel est destiné à servir de guide aux médecins de l'armée et de la marine pour l'exploration oculaire.

Il est divisé en trois parties : 1° *Technique de l'examen de la vision ;* 2° *Résumé des règlements militaires relatifs à la vision ;* 3° *Application de la technique aux règlements.*

Dans la première partie, l'auteur a suivi la méthode naturelle de l'exploration oculaire. Il commence par déterminer l'acuité visuelle monoculaire et binoculaire, en supposant l'homme examiné de bonne foi. Si cette acuité est inférieure à l'acuité demandée par les règlements, il recherche la cause de cette diminution, en s'adressant à deux méthodes d'examen : la *méthode objective* et la *méthode subjective*. *La méthode objective, méthode de choix du médecin militaire*, comprend l'examen par le *toucher*, *l'éclairage direct*, *l'éclairage oblique* et *l'ophtalmoscope*.

L'œil est ainsi examiné des parties superficielles vers les parties profondes, au point de vue des lésions organiques et des vices de réfraction statique.

La *méthode subjective* permet d'étudier le *sens lumineux*, la *réfraction accommodative*, le *champ visuel* et le *sens chromatique*.

Si ces divers examens n'ont pas révélé la cause de la diminution de l'acuité visuelle, l'auteur la recherche : 1° *dans les amblyopies fonctionnelles* ou *toxiques* ; 2° *dans la simulation.*

On sait que le médecin militaire doit se défier des simulateurs, aussi l'auteur décrit-il les procédés les plus pratiques pour déjouer la simulation de *l'amaurose*, de *l'amblyopie*, du *strabisme*, de *l'héméralopie*, de la *nyctalopie*, des *vices de réfraction*, de la *diplopie* et des *taies de la cornée*.

La deuxième partie de l'ouvrage résume les divers règlements relatifs : 1° à l'admission au service actif et auxiliaire de l'armée et de la marine ; 2° à la sortie du service par pension de retraite anticipée ou gratification renouvelable ; 3° à la sortie par réforme simple.

Dans la troisième partie, l'auteur indique la conduite à suivre par le médecin militaire et le médecin de la marine pour l'examen de la vision : 1° au conseil de revision ; 2° à la caserne ; 3° aux dépôts des équipages de la flotte ; 4° à l'hôpital.

Huit figures placées à la fin de l'ouvrage complètent ce manuel qui sera de la plus grande utilité aux médecins de l'armée et de la marine.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

40e SEMAINE DU 2 AU 8 OCTOBRE 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	8
3 mois à un an	13	8
1 an à 2 ans	4	4
2 à 5 ans	1	3
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	7	7
40 à 60 ans	13	9
60 à 80 ans	6	14
80 ans et au-dessus	2	»
Total	52	55

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	7	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	1	»	»	2	1	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	3	10	21
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	»	1	9	»	»	»	»	»	»	»	»	2	14	10
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	2	6	1	»	3	»	»	»	»	»	4	20	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	3	»	»	»	»	»	»	»	»	3	9	3
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	3	»	»	7	»	»	»	»	»	8	22	7
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	5	8	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	1	1	4	»	»	»	»	»	»	»	»	3	10	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	4
Total	»	»	»	1	2	2	»	8	8	7	32	1	1	11	»	1	»	»	»	33	107	112

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 2

Le gérant, Th CLERQUIN

N° 93. Deuxième Année, N° 43. Le Numéro : 10 centimes. 23 Octobre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE,** *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. **le docteur** COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la Semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Traitement opératoire endo-laryngé des polypes du larynx, à propos de 14 cas opérés à la clinique, par le docteur H. Gaudier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine. — Lit à tiroirs mobiles, par le Professeur H Folet. — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie de médecine**, M. BŒCKEL fait une intéressante communication sur le traitement des tumeurs du gros intestin par la résection intestinale.

Cette opération n'a été jusqu'ici pratiquée que très rarement, d'abord parce que les tumeurs du gros intestin sont souvent méconnues, et qu'ensuite, lorsque le diagnostic s'impose, les lésions sont irrémédiables L'auteur a pratiqué trois fois cette intervention, une pour tuberculose du cœcum les deux autres pour un carcinome du côlon ascendant et descendant. Une malade mourut six jours après l'intervention. Les deux autres étaient guéries au bout de dix et vingt jours.

*** M. REBOUL communique une observation d'actinomycose de l'ombilic guérie par l'iodure de potassium et l'incision.

A la **Société de chirurgie**, la discussion revient sur l'extirpation du ganglion de GASSER dans les névralgies rebelles du trijumeau. M. POIRIER considère cette opération comme faisable sans grandes difficultés, mais assez grave. M. POTHERAT est d'avis qu'on ne doit avoir recours à cette opération qu'après l'échec des procédés de JARRE, de LOSSEN, de BRAUN SEGOND, et en présence de douleurs telles que les malades arrivent à souhaiter la mort. MM. RECLUS et REYNIER pensent que l'opération de JARRE, si simple, sans danger, donne souvent de bons résultats et doit toujours être tentée chez les édentés

*** M CHAUVEL lit une observation de contusion de l'abdomen, compliquée de perforations intestinales et péritonite ; la guérison est survenue.

MM HARTMANN, MICHAUX, RECLUS, etc., insistent sur la pauvreté des symptômes que l'on rencontre dans les contusions de l'abdomen, même compliqués de péritonite. La contracture des muscles de l'abdomen (ventre en bateau) n'est même pas toujours un signe probant. — M. SCHWARTZ a vu guérir sans intervention un malade qui avait présenté ce symptôme.

A la **Société médicale des hôpitaux**, M. DALCHÉ rapporte deux faits ayant trait à la contagion de la méningite cérébro-spinale. Une femme de 45 ans fut atteinte d'un ictus avec hémiplégie gauche : on porta le diagnostic de méningite. Deux mois après, une myélite infectieuse se déclara chez la fille de cette malade. Il est vraisemblable de penser que le même agent infectieux s'est localisé chez la mère au niveau des méninges crâniennes et, chez la fille, sur les cellules médullaires. Si on admet cette explication, on peut comprendre la grande fréquence des myélites pendant ces derniers mois. SCHULTZE a publié dernièrement un cas de myélite dans lequel la ponction lombaire révèle la présence du méningocoque. M. CHAUFFARD croit que, dans les observations de M. DALCHE, il n'y a pas eu contagion, mais qu'il s'agit d'une contamination du milieu. C'est. d'ail-

leurs, suivant ce dernier mode que se propage la méningite cérébro-spinale. La dissémination paraît se faire par l'expectoration, car les microbes semblent cantonnés dans les fosses nasales. Ce fait est important à connaître, surtout à l'heure actuelle, où l'épidémie de méningite cérébro-spinale est en voie de reprise.

*** M. PERNET a traité un lymphadénome du cou et du médiastin, chez une femme de 22 ans, par treize injections intra-glandulaires de naphtol camphré : la malade fut emportée par un érysipèle de la face au moment où une amélioration notable se produisait. Il se faisait une nécrose en masse du tissu ganglionnaire ; ce tissu nécrosé peut se résorber ou s'éliminer.

A la **Société de Biologie,** M. ROGER présente le résultat de recherches sur les modifications de l'action protectrice du foie envers les microbes. Chez des animaux, après trois jours d'inanition, cette action est encore manifeste. Dans une deuxième série d'expériences, l'auteur a étudié l'influence des associations microbiennes. En employant des cultures stérilisées du bacillus prodigiosus, on voit l'action protectrice du foie contre le staphylocoque doré aller en diminuant et finir par disparaître. — Si on injecte dans la veine porte cinq gouttes d'éther ou si on en fait avaler deux centimètres cubes, le rôle protecteur du foie ne peut plus s'exercer. Si on emploie, au contraire, des doses plus faibles, on stimule la fonction hépatique, ce qui explique l'influence favorable des potions éthérées dans les infections.

*** MM. FÉLIZET et BRANCA étudient l'histologie du testicule ectopique chez les enfants. Dans un certain nombre de cas, le tissu conjonctif semble constituer, à lui seul, tout l'organe, et c'est pour les caractériser que les auteurs proposent de distinguer les atrophies primitives de l'enfance et les atrophies secondaires, propres à la puberté.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement opératoire endo-laryngé des polypes du larynx, à propos de 14 cas opérés à la clinique,

Par le Dr **H. Gaudier,**
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Nous avons eu l'occasion d'opérer, depuis un an, à notre clinique de la rue de la Piquerie, 14 cas de polypes des cordes vocales. — A l'occasion de ces cas, nous voulons ici en décrire très simplement le seul manuel opératoire ; la question de l'anatomie pathologique des symptômes et du diagnostic étant bien traitée partout et en particulier dans la thèse de notre élève le Dr THIBOUT (1).

Technique opératoire. — Nous allons prendre comme exemple un cas moyen, c'est-à-dire une tumeur petite, d'ablation facile, fixée sur le bord libre d'une corde vocale, à sa partie moyenne ou au niveau de la commissure antérieure.

Toute ablation de tumeur du larynx par la voie endo-laryngée comprend les temps suivants :

1° Préparation du malade ; 2° préparation des instruments ; 3° cocaïnisation ; 4° ablation de la tumeur ; 5° soins consécutifs.

1° La préparation du malade, avant la découverte de la cocaïne, avait une importance considérable, car il fallait habituer le larynx au contact des instruments. C'était le beau temps du bromure à haute dose, des frictions laryngées et des boissons à la glace. Aujourd'hui, la cocaïne a tout changé. Cependant, comme avant toute intervention, il est bon de vérifier l'état de santé générale du patient, d'ausculter soigneusement le cœur et les poumons. Il faut surtout rassurer le malade, lui dire qu'il ne souffrira pas, qu'il n'a besoin que de quelques minutes de tranquillité, bien payées par le retour de la voix, dans quelques cas presque instantané. Il est bon également de le prévenir que la cocaïne sèche la gorge, donne une sensation de soif et d'amertume très accusée, mais que tout cela ne dure que quelques instants.

Nous avons l'habitude, dans les jours qui précèdent l'opération, d'instiller matin et soir dans le larynx, en faisant émettre un son au malade, quelques gouttes d'huile de vaseline mentholée au 1/100.

2° Les instruments varient un peu suivant le siège de la tumeur et aussi suivant les préférences de l'opérateur. Ainsi, dans le cas qui nous occupe, nous trouvons que rien ne vaut mieux que la pince de DUNDAS-GRANT, avec cette petite remarque que, pendant que l'on saisit la tumeur, il est bon de faire émettre un son au malade, de manière à faire contracter la corde et empêcher, par conséquent, qu'un pli de la corde non tendue ne soit sectionné par l'instrument.

Il faut s'assurer du bon tranchant de l'instrument. Or, nous savons que l'étuve sèche altère rapidement les tranchants ; aussi est-il bon de stériliser par d'autres moyens. Un procédé très simple est de

(1) Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du larynx. Thèse de Lille, n° 85, 5e série.

conserver les instruments dans de l'alcool à 95° additionné de carbonate de soude dans la proportion de 5 °/₀.

Dans le cas de tumeur médiane implantée sur la commissure antérieure, la pince de Grant ne peut plus servir, et il faut alors employer soit le serre-nœud, à boucle métallique transversale, soit la pince de Turk, soit la pince de Fauvel, ou tout autre instrument permettant une prise transversale.

L'instrument étant choisi, il faut disposer le malade et les accessoires de la manière suivante :

Le malade est assis sur un fauteuil de laryngologiste, le modèle en bois tourné, à appuie-tête, étant le meilleur.

La source lumineuse, s'il s'agit d'une lampe ou d'un bec de gaz, doit être disposée de la manière la plus commode pour l'opérateur : à gauche de celui-ci, disent tous les Traités, pour que les mouvements du bras droit n'arrêtent pas la lumière. J'emploie toujours la lumière à droite, pour la bonne raison que c'est presque toujours devant l'œil droit qu'on place le miroir frontal et qu'un bon opérateur ne doit jamais élever le coude, celui-ci devant rester abaissé et le bras dans l'axe du corps. Il n'y a donc pas de danger d'intercepter la lumière, même venant de droite, si l'on opère correctement.

Les instruments doivent être à la portée de l'opérateur, dans un plateau aseptisé en verre ou en porcelaine. Ce seront :

Un ou deux miroirs laryngiens, ronds, de dimensions différentes, destinés à être tenus par la main gauche, par conséquent avec le manche incliné à gauche de leur axe ;

Un ou deux porte-coton laryngiens montés avec de la ouate hydrophile bien tassée et sans filaments ;

Les instruments proprement dits ;

A côté, les solutions de cocaïne, une au 1/50 pour la bouche, une au 1/20 ou au 1/10 pour le larynx ;

La seringue laryngienne de 2 centimètres cubes.

Ne jamais oublier la pince à langue, une ampoule d'iodure d'éthyle et un verre d'eau glacée, qui doivent être à portée de la main, à côté des instruments.

Enfin, dans les cas où il y a une grande quantité de végétations dans le larynx, avoir toujours prêt *ce qu'il faut pour faire la trachéotomie.*

3° Cocaïnisation. — La cocaïnisation doit être faite le malade à jeun ou mieux ayant pris du café noir. Le malade est assis devant vous, rassuré. Vous lui apprenez d'abord à tenir sa langue et à émettre un son en la tenant.

Ce faisant, doucement et votre seringue laryngée étant chargée de 2 centimètres cubes de la solution au 1/50, sans vous servir de miroir, goutte à goutte vous allez porter la cocaïne sur la base de la langue, sans la toucher, dans le sillon glosso-épiglottique, sur la paroi pharyngée postérieure ; vous épuisez le reste de votre seringue sur les loges amygdaliennes.

Attendez une minute, et, déposant la seringue, complétez alors votre cocaïnisation de l'arrière-gorge, ce qui vous sera facile et nullement pénible pour le malade, au moyen d'un tampon imbibé de la même solution au 1/50 et que vous promènerez plus particulièrement *et en ne craignant pas de frotter*, sur la base de la langue, le voile du palais, la luette et la paroi postérieure du pharynx.

Chargez alors votre seringue de la solution au 1/20, un centimètre cube seulement et sous le contrôle du miroir, le bec de la seringue dépassant l'épiglotte et pénétrant dans le larynx, faites émettre un son au malade et aspergez les cordes vocales inférieures en terminant par la région postérieure inter-aryténoïdienne.

Si le malade est très pusillanime, employez la solution de cocaïne au 1/10.

4° L'Opération. — Ayant attendu deux minutes, le malade tirant bien sa langue et l'éclairage étant bien intensif, prenez de la main droite l'instrument, la pince de Dundas-Grant, ou de Fauvel, ou toute autre.

Tiédissez-le rapidement à la source lumineuse, de manière à ce qu'un contact froid ne surprenne pas le malade.

Alors, le miroir laryngien étant en place, fixant bien dans votre esprit la solution exacte de la tumeur (en vous rappelant que, dans le miroir laryngien, l'image est symétrique et droite, mais avec inversion dans le plan antéro-postérieur), introduisez la pince. Le bras doit être dans l'axe du corps, souple, bien mobile ; dépassez l'épiglotte avec légèreté, ce qui, avec certains instruments à courbure à angle droit, est quelquefois délicat, puis, relevant la main, abaissez l'instrument et faites-le pénétrer doucement dans le larynx, le malade, à ce moment, respirant largement.

Vous voyez la tumeur ; placez ou ouvrez l'instrument de manière à ce que la tumeur paraisse enca-

drée dans les mors ou dans l'anse ; faites émettre un son au malade, fermez et retirez l'instrument.

Tout cela ne doit pas durer une minute. La tumeur doit être dehors.

Faites boire au malade une goutte d'eau, puis, profitant de l'anesthésie, qui persiste, examinez au miroir l'état du larynx. Si un caillot déjà formé masquait la vue, faites tousser le malade. S'il restait un fragment de tumeur, réintroduisez rapidement la pince et enlevez ce qui reste comme précédemment.

Il est entendu que, si la tumeur siégeait en un autre point du larynx ou si l'on se servait d'un autre instrument, la technique serait la même, car l'ablation d'une tumeur du larynx peut se résumer en cette formule :

Ne jamais aller à l'aveuglette ; ne serrer les mors de la pince que lorsqu'on a vu ce qu'on prend, et plutôt retirer l'instrument si l'on n'en est pas sûr.

5° SOINS CONSÉCUTIFS. — Voici l'ordonnance à prescrire à un malade qui vient d'être opéré :

Repos vocal le plus complet pendant trois ou quatre jours.

Rentrer chez soi en se protégeant la bouche au moyen d'un foulard léger et garder la chambre en y respirant, dans une température modérée, un air saturé de vapeurs ou d'essence d'eucalyptus.

Dans la journée qui suit l'opération, prendre deux à trois tasses de café fort (antidote de la cocaïne) et s'alimenter très légèrement ; de préférence, absorber des boissons froides.

Si le saignottement persistait au delà de vingt-quatre heures, faire quelques pulvérisations laryngées, avec une solution froide alunée au 1/100.

Nous donnons ci-après le résumé des quatorze Observations.

OBSERVATION I

Papillome des cordes vocales chez un enfant de 9 ans. Trachéotomie. — Ablation par les voies naturelles cinq ans après (1).

Le jeune A..., de Pont-à-Vendin, est un enfant âgé actuellement de 14 ans, de bonne constitution, sans antécédents héréditaires ni personnels.

La maladie a débuté il y a cinq ans, en 1892, par des troubles de la respiration et de la phonation. L'enfant perd peu à peu la voix et éprouve une difficulté de respirer qui augmente au point de compromettre rapidement son existence. Le docteur WAGNIER, de Lille, appelé à ce moment, tente vainement l'examen laryngoscopique et pratique la trachéotomie d'urgence. Les accidents respiratoires disparaissent ; ils n'ont pas reparu depuis 5 ans, pendant lesquels l'enfant a gardé constamment sa canule trachéale.

En octobre 1897, le jeune A... est amené par ses parents à la clinique du docteur GAUDIER. Quelques jours auparavant, l'enfant avait rejeté, dans un effort de vomissement, un fragment de tumeur que les parents ont conservé. C'est une petite masse framboisée, villeuse, dont l'aspect fait penser immédiatement à une production papillomateuse.

Ce diagnostic est confirmé par l'*examen au laryngoscope*. On trouve les cordes vocales masquées par une grosse tumeur mamelonnée, de couleur rouge foncé, implantée à la partie postérieure du larynx entre les deux aryténoïdes. Sous l'influence des efforts de vomissement de l'enfant, la tumeur se trouve soulevée en masse ; elle fait alors saillie au-dessus de l'épiglotte et devient visible à l'examen direct, puis elle retombe et obture la glotte à la manière d'une soupape.

L'ablation de la tumeur est pratiquée séance tenante par le Docteur GAUDIER sans anesthésie préalable. La tumeur est enlevée très facilement à la grosse anse froide ; une seule application permet de l'extirper en totalité. L'arrachement est suivi d'une hémorrhagie insignifiante.

Suites très simples. L'enfant, revu quelques jours après, a conservé sa canule trachéale, à laquelle il est habitué et qu'il ne veut pas quitter, de peur d'étouffer, dit-il ; mais son larynx est redevenu parfaitement perméable. En bouchant l'orifice de la canule, la respiration s'effectue sans difficulté par les voies naturelles ; l'enfant peut même parler avec une voix sourde et rauque, mais néanmoins intelligible. Il n'a n'a pas été revu depuis.

L'*examen microscopique* de la tumeur permet de reconnaître qu'on a affaire à un papillome bien caractérisé.

OBSERVATION II

Fibrome des cordes vocales. — Ablation à la pince de Gottstein. — Guérison

Il s'agit d'une femme de 48 ans, B..., Élisa, atteinte d'un enrouement persistant, datant de plusieurs années. Cette femme est occupée comme surveillante dans une filature de lin, dite filature au mouillé ; elle séjourne constamment dans une atmosphère chargée d'humidité, et son emploi l'oblige à de fréquents efforts de voix.

L'enrouement a débuté, il y a cinq ans environ, de façon tout à fait insidieuse et, depuis, ne fait qu'augmenter. La malade a consulté, il y a quelque temps, un médecin de Lille, qui lui a prescrit un traitement au sirop de GIBERT, traitement qui n'a amené aucun résultat.

Au moment où nous voyons la malade, la voix est rauque et très sourde, presque éteinte. De plus, la malade éprouve une sensation continuelle de gêne dans la gorge ; cette gêne est surtout accusée la nuit.

(1) Les observations ont été rédigées en partie par le docteur THIBOUT (d'Enghien).

La nuit également, la malade est prise de quintes de toux fréquentes qui la forcent à se tenir presque assise dans son lit. L'état général est bon.

L'*examen laryngoscopique*, très facile à pratiquer, permet de reconnaître immédiatement l'existence d'une tumeur située sur la corde vocale gauche, vers sa région moyenne. Cette tumeur est implantée sur le bord de la corde vocale, empiétant sur sa face supérieure. Elle est arrondie, brièvement pédiculée, à surface lisse et brillante, et donne tout à fait l'impression d'une perle posée sur le bord de la corde vocale.

Les deux cordes sont un peu injectées et colorées en rose sur toute leur étendue.

La malade revient quelques jours après pour être opérée. Après anesthésie de la gorge et du larynx avec la cocaïne au 1/5, le Docteur Gaudier procède à l'ablation de la tumeur en se servant de la pince de Gottstein. La tumeur est extirpée en une seule fois, à peu près sans douleur et sans hémorrhagie.

Immédiatement après l'opération, on constate que la voix est considérablement améliorée.

Le traitement consécutif se borne à des pulvérisations alunées, faites par la malade elle-même pendant quelques jours.

La malade revient au bout d'une semaine; la voix est redevenue tout à fait normale et toute gêne respiratoire a disparu.

Observation III

Myxome pur du larynx. — Arrachement par morcellement. — Guérison.

T..., Célestin, forgeron, se présente à la clinique le 18 janvier 1898. C'est un homme de 34 ans, de constitution très vigoureuse. Il a eu la rougeole dans son enfance et, à 20 ans, une fièvre typhoïde qui a guéri sans complications. Actuellement, son état général est excellent.

T... a beaucoup chanté autrefois; il fait partie de sociétés chorales depuis l'âge de 18 ans.

La maladie a débuté il y a 3 ans environ. T... s'est aperçu que sa voix s'affaiblissait et devenait enrouée; au bout de six mois, il a dû renoncer au chant. Depuis, les troubles vocaux n'ont fait que s'accentuer et sont devenus persistants.

Actuellement, le malade parle difficilement; sa voix est rauque, sourde, mais non éteinte. Il éprouve constamment dans la gorge une sensation de chatouillement qui provoque chez lui une toux brève (hem) comme s'il voulait chasser un corps étranger. Quand il respire fortement, il a l'impression d'une soupape qui se lève et s'abaisse alternativement. Il a la gorge sèche et éprouve un besoin incessant d'avaler. La déglutition est assez pénible; ses aliments, dit-il, lui restent dans le gosier et il est obligé de boire pour les faire descendre.

Pas de troubles de la respiration.

Au laryngoscope, on remarque que les cordes vocales ont une coloration légèrement rosée. Elles sont masquées dans toute leur portion antérieure par une tumeur bleuâtre, brillante, presque transparente, insérée à la commissure antérieure. Cette tumeur, du volume d'une amande, a une forme ovoïde et des bords lisses et réguliers. Elle est surtout apparente pendant la phonation; elle repose alors sur les deux cordes vocales comme sur un berceau. Pendant la respiration, elle plonge entre les cordes vocales, mais reste néanmoins bien visible dans leur interstice.

Le reste du larynx est normal.

Le malade revient le 22 janvier pour être opéré.

Après anesthésie de la gorge et du larynx au moyen d'une solution de cocaïne au 1/5, le Docteur Gaudier procède à l'ablation de la tumeur par morcellement. La portion la plus saillante de la tumeur est enlevée en une fois au moyen de la pince de Gouguenheim. Puis l'opération est reprise avec une pince tranchante à action transversale (modèle de Pfan, de Berlin). L'introduction de l'instrument dans le larynx est remarquablement bien supportée et le reste de la tumeur est enlevé en trois fragments.

Au *laryngoscope*, on constate qu'il ne reste plus trace du néoplasme. Le point d'implantation est le siège d'un léger écoulement sanguin qui s'arrête au bout de quelques minutes.

La voix est immédiatement améliorée.

Après l'opération, pulvérisation alunée au 1/100 que le malade doit répéter pendant quelques jours.

Le jour même de l'opération, le malade ressent à la gorge des picotements peu douloureux qui disparaissent le lendemain.

Il revient au bout d'une semaine; la voix est complètement rétablie; les autres troubles ont disparu.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait par nous (1):

« Les fragments de la tumeur, colorés en masse au carminborax, débités après inclusion dans la celloïdine et examinés, démontrent que l'on se trouve en présence d'un myxome hyalin typique du larynx. A la périphérie de la tumeur et dans les points respectés par la pince, existe une couche d'épithélium pavimenteux stratifié qui se continue directement, sans intermédiaire en aucun point de fibrilles connectives, avec une masse fondamentale parsemée de rares vaisseaux gorgés de sang, et dans laquelle sont noyées des cellules de formes diverses, arrondies, allongées, polyédriques, polynucléées et polynucléolées, avec un fin réseau de fibrilles délicates, qui anastomosent certaines d'entre elles, formant ainsi le chevelu caractéristique.

Dans certains points, ces cellules sont accumulées en tas serrés les uns contre les autres.

Il s'agit bien d'un myxome hyalin typique. »

Observation IV (inédite)

Fibrome des cordes vocales. — Ablation au serre-nœud. — Guérison.

Mme H..., cabaretière, à Roubaix, vient consulter le Docteur Gaudier pour un enrouement datant de deux ans. Mme H... est une personne de 33 ans, de bonne constitution; elle ne se rappelle pas avoir

(1) La relation de ce cas a été publiée par nous dans les *Annales des maladies de l'oreille*, 1898, pp. 364-367.

jamais eu de maladie grave; elle a deux enfants également bien portants.

Elle attribue l'origine de sa maladie à une grippe dont elle a été atteinte dans l'hiver de 1896 et qui aurait débuté par une extinction de voix. Depuis cette époque, Mme H... ne parle qu'avec difficulté, d'une voix rauque et faible. En plus de ces troubles de phonation, elle est sujette à des accès de toux quinteuse qui se produisent surtout la nuit.

L'*examen laryngoscopique* est facile à pratiquer. On constate la présence sur le bord de la corde vocale droite, d'une petite tumeur rougeâtre, framboisée, pédiculée. La tumeur occupe le tiers antérieur de la corde vocale; elle a nettement les caractères d'un papillome.

L'extirpation de la tumeur est pratiquée séance tenante par le docteur Gaudier. Anesthésie avec la cocaïne au 1/5. Ablation de la tumeur au serre-nœud, en une seule fois. Cautérisation du point d'implantation au nitrate d'argent. Pas d'hémorrhagie.

L'opération est suivie du retour immédiat et complet de la voix.

La malade a été revue vingt jours après; la guérison était complète et s'est maintenue depuis.

Observation V

Papillomes du larynx. — Récidives multiples.

G..., Edmond, 34 ans, est un ancien marin. Il a eu la variole à huit ans et la fièvre typhoïde à quinze ans. Vers l'âge de dix-huit ans, il s'est aperçu que sa voix se couvrait et devenait rauque; l'enrouement, d'abord peu marqué, a toujours été depuis en progressant. G... a vu au début plusieurs médecins qui lui ont prescrit des gargarismes, inhalations, etc.; ces traitements n'ont eu aucun résultat, non plus que le traitement antisyphilitique qui a été également essayé.

Il y a 6 ans environ, la voix était devenue si faible que G... devait renoncer à son métier; il était alors patron de dragueuse; il se fait colporteur et depuis cette époque parcourt la France dans tous les sens en vendant de la bijouterie de pacotille aux ouvriers et aux paysans.

En 1894, G... était atteint d'aphonie complète. Se trouvant à Lyon, il va consulter le Docteur Garel qui, pour la première fois, pratique l'examen laryngoscopique et reconnaît l'existence d'une tumeur laryngienne. A la suite de l'extirpation d'un polype de la grosseur d'une lentille, G... éprouve une grande amélioration; toutefois la voix ne revient pas complètement.

L'année suivante, G..., redevenu presque aphone, se présente à la clinique du Docteur Gouguenheim, à Paris. Ce spécialiste lui extrait du larynx une petite tumeur molle, de la grosseur d'une tête d'épingle: l'ablation de la tumeur est suivie de cautérisations au chlorure de zinc. Amélioration passagère.

En 1896, G... consulte un médecin du Hâvre. Celui-ci, après des essais infructueux d'ablation des productions néoplasiques à l'anse froide, pratique des cautérisations au nitrate d'argent. Amélioration très notable, mais qui ne dure pas plus de huit jours.

En janvier 1897, G... est à Lille. Le Docteur Gaudier extrait de son larynx un fragment de tumeur à la pince de Turck. Cette fois encore amélioration, mais de courte durée, puisque la même année G... va revoir le Docteur Gouguenheim qui pratique à nouveau une ablation suivie de cautérisations.

Enfin, en janvier 1898, G... revient à la clinique du Docteur Gaudier. La voix est très enrouée, faible, sans timbre. Avant de parler, le malade tousse à plusieurs reprises, comme pour chasser un corps étranger. A part la dysphonie, on ne trouve d'ailleurs rien d'anormal. Il n'y a pas de troubles de la respiration ni de la déglutition. L'état général est bon.

Au laryngoscope, on constate la présence, à la commissure antérieure, d'une tumeur mamelonnée, d'apparence papillomateuse. La tumeur est pyriforme; elle s'étend au-dessus et au-dessous des cordes vocales dont elle empêche le rapprochement pendant la phonation. La corde droite est tuméfiée, de coloration grisâtre; son bord n'est pas parfaitement lisse. Il est probable qu'il y a eu autrefois sur cette corde vocale des productions néoplasiques qui ont été enlevées dans les opérations antérieures.

Le Docteur Gaudier pratique l'extirpation de la plus grande partie de la tumeur en trois séances faites à quelques jours d'intervalle: 2 février, ablation, à la pince de Fauvel, d'un morceau gros comme un pois; 5 février, arrachement de deux fragments à la pince de Dundas-Grant; 8 février, nouvelle extirpation d'un fragment gros comme un petit pois, à l'anse froide.

La voix est sensiblement améliorée. La majeure partie de la tumeur a été enlevée, malheureusement le malade quitte la ville avant l'ablation complète. Les exemples antérieurs rendent une nouvelle récidive extrêmement probable.

Observation VI

Fibrome des cordes vocales. — Ablation à la pince de Dundas-Grant. — Amélioration.

D..., Alphonse, 36 ans, a exercé le métier de forgeron jusqu'en 1893; actuellement, il est employé dans les bureaux du Chemin de fer du Nord. Un de ses frères a été opéré pour des polypes muqueux des fosses nasales, un autre frère est sourd. Comme maladie antérieure, D... ne se souvient que d'une atteinte d'influenza qui remonte à l'hiver de 1890 et dont il a été long à se remettre.

D... est baryton et a souvent l'occasion de chanter dans des réunions de sociétés chorales. Il y a un an environ, sa voix a commencé à être atteinte d'un enrouement qui a toujours progressé depuis. Actuellement, la voix est sourde et rauque, surtout la voix parlée; au contraire, la voix chantée est peu altérée: D... prétend même qu'il chante comme avant son enrouement. Bien que le malade exagère sans doute quelque peu par amour-propre d'artiste, il n'en est pas moins vrai qu'il peut encore chanter, tandis qu'il ne parle qu'avec beaucoup de difficulté (1). Il ne tousse

(1) Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement un ténor léger d'opéra-comique, qui chantait, à la satisfaction générale, d'ailleurs, avec un polype, gros comme un pois, de la corde vocale gauche.

pas, ne ressent aucune gêne de la déglutition ni de la respiration, mais quand il parle, il éprouve une sensation de tremblement ou de frémissement dans la gorge.

L'examen laryngoscopique est difficile à pratiquer en raison de la disposition de l'épiglotte qui est tombante et tend à masquer le larynx. On peut cependant constater l'existence, sur la corde vocale droite, d'une petite tumeur arrondie, brillante, lisse, brièvement pédiculée. La tumeur occupe à peu près le tiers antérieur de la corde vocale.

Opération pratiquée le 5 février 1898. — Après anesthésie à la cocaïne au 1/5, le docteur GAUDIER enlève la tumeur en deux reprises, à l'aide de la pince DUNDAS-GRANT. La première application de l'instrument amène un fragment arrondi de la grosseur d'un petit pois ; le reste de la tumeur est ensuite enlevé sous la forme d'un lambeau allongé de 5 mill. de long sur 2 mill. de large.

L'extirpation amène une amélioration immédiate. La voix est beaucoup moins enrouée, sans être toutefois absolument normale.

Le malade revient le 8 février ; la voix est encore un peu enrouée. Au laryngoscope, le point d'implantation de la tumeur se présente comme une petite surélévation rosée. Le docteur GAUDIER prescrit des pulvérisations alunées qui doivent être continuées pendant plusieurs jours.

Le malade est revu le 15 mars ; la voix est redevenue normale ; mais elle se voile encore un peu de temps en temps, surtout quand le malade vient de parler pendant un certain temps.

OBSERVATION VII

Fibrome sous-glottique. — Ablation à l'anse froide. — Guérison.

M. B..., 28 ans, de Marchiennes, vient consulter le docteur GAUDIER pour des troubles vocaux qui ont débuté il y a trois ans et ont sans cesse augmenté depuis jusqu'à aboutir à une aphonie presque complète. Actuellement, le malade ne parle qu'avec beaucoup de difficultés ; sa voix est sourde et présente une raucité spéciale qui a beaucoup d'analogie avec la raucité de la phtisie laryngée. Aussi, dans son pays, on n'appelle le malade que « le phtisique » et même le médecin qui le soigne habituellement l'adresse au docteur GAUDIER comme atteint de tuberculose laryngée probable. Il est cependant un point qui doit faire hésiter sur ce diagnostic, c'est que jusqu'ici le malade a conservé un état général excellent, il ne tousse pas et ne présente aucun des symptômes habituels de la tuberculose.

Et en effet, l'examen laryngoscopique montre qu'il s'agit de tout autre chose que de tuberculose. Les cordes vocales sont intactes, ainsi que la région aryténoïdienne et toute la portion sus-glottique du larynx. Mais dans l'angle des cordes vocales et immédiatement *au-dessous d'elles* existe une tumeur mamelonnée, rose, du volume d'un gros pois. Par suite de sa position sous-glottique, la tumeur n'est bien visible que lorsque le malade fait une forte inspiration. Pendant la phonation, la tumeur est recouverte en partie par les cordes vocales, pourtant elle ne disparaît pas complètement ; un fragment reste pincé par les cordes vocales et fait hernie entre elles de manière à empêcher leur complet rapprochement. Ainsi s'expliquent les troubles de la voix.

L'ablation de la tumeur est pratiquée par le Docteur GAUDIER le 7 février 1898. Anesthésie à la solution de cocaïne au 1/5. Après plusieurs applications infructueuses dues à la situation profonde de la tumeur, celle-ci est enlevée en totalité d'un seul coup à l'anse froide. Hémorrhagie insignifiante. La voix revient immédiatement, forte et bien timbrée, seulement un peu rude dans l'émission des sons élevés.

Pulvérisations alunées pendant quelques jours.

Le malade, qui devait revenir au bout d'une semaine, n'a pas reparu, mais nous savons par son médecin qu'à l'heure actuelle il est complètement guéri.

OBSERVATION VIII

Fibrome de la corde vocale gauche chez un tuberculeux. Ablation à la pince de Dundas-Grant. — Amélioration.

M. G..., 49 ans, voyageur de commerce, se présente à la clinique le 14 février 1898, pour un enrouement datant de plusieurs mois. Ce malade a été atteint de pleurésie il y a un an environ ; il présente actuellement des signes très nets de tuberculose : aspect cachectique, sueurs nocturnes, toux quinteuse ; à l'auscultation, inspiration rude et expiration prolongée aux sommets.

La voix est cassée, sans timbre ; le malade éprouve une grande gêne de la respiration.

L'examen laryngoscopique est très difficile à pratiquer. Malgré un badigeonnage préalable à la cocaïne au 1/10, l'introduction de l'instrument détermine du spasme et de violents efforts de vomissements. Pourtant, en usant de beaucoup de patience, on arrive à se rendre compte de l'état du larynx.

Les cordes vocales sont injectées et colorées en rose vif ; les bandes ventriculaires sont un peu tuméfiées ; par contre, on constate l'intégrité complète des aryténoïdes et de la région interaryténoïde.

Sur la corde vocale gauche existe une petite tumeur arrondie, lisse et brillante, brièvement pédiculée. La tumeur est située sur le bord de la corde vocale, à peu près dans la partie moyenne.

Opération pratiquée le 19 février 1898. Après cocaïnisation de la gorge et du larynx, le docteur GAUDIER enlève, à l'aide de la pince de DUNDAS-GRANT, la majeure partie de la tumeur. Aussitôt après l'opération, la respiration devient plus facile, mais la voix n'est pas améliorée.

Le malade revient le 1er mars ; la voix n'a pas subi de changement.

OBSERVATION IX

Fibrome double des cordes vocales. — Extirpation à l'anse froide. — Guérison.

M. R..., 28 ans, est contrôleur des mines ; sa profession l'oblige à de fréquents efforts de voix ; de plus,

M. R... a beaucoup chanté autrefois dans des sociétés chorales et des réunions d'amateurs. Il y a six mois environ, il s'est aperçu que sa voix perdait de sa force et de sa clarté : depuis lors la dysphonie a toujours été en augmentant. Actuellement la voix est très altérée, d'un timbre sourd et rauque. M. R... n'éprouve d'ailleurs aucun trouble du côté de la respiration, ni de la déglutition ; sa santé générale est restée excellente.

Au laryngoscope, on constate qu'il existe deux petites tumeurs situées sur la portion antérieure des cordes vocales et disposées symétriquement à droite et à gauche du plan médian du larynx. Ces tumeurs sont arrondies, lisses, du volume d'une grosse tête d'épingle ; elles ressemblent à deux perles contiguës. Dès que le malade veut émettre un son, les tumeurs arrivent au contact et empêchent le rapprochement des cordes vocales. Le reste du larynx est intact.

Opération pratiquée le 16 février 1898, par le docteur Gaudier. Anesthésie à la cocaïne au 1/5. Les deux tumeurs sont extirpées très facilement à l'aide de l'anse froide. Hémorrhagie insignifiante. La voix revient immédiatement forte et bien timbrée ; elle garde seulement un peu de raucité.

Le malade revient au bout d'une semaine ; la voix est redevenue tout à fait normale.

Observation X

Papillomes. — Ablation à l'anse froide et à la pince de Dundas-Grant. — Disparition des troubles respiratoires ; dysphonie persistante.

Rosalie M... est une femme de 66 ans, d'une bonne constitution ; elle a été opérée il y a quelques années d'un polype utérin.

Cette femme vient consulter le docteur Gaudier pour des troubles vocaux et respiratoires dont le début remonte déjà à une dizaine d'années. La voix, qui était auparavant claire et bien timbrée, est devenue peu à peu sourde et rauque. La dysphonie a toujours été en augmentant et depuis un an environ il y a aphonie complète. De plus, la malade est très oppressée ; elle est sujette à des crises de suffocation qui surviennent principalement la nuit ; elle a constamment dans la gorge la sensation d'un corps étranger qui gêne sa respiration.

Plusieurs médecins ont été consultés et divers traitements ont été suivis : gargarismes, inhalations, etc., sans amener d'amélioration appréciable. On a même essayé l'hypnotisme : la malade a été endormie à plusieurs reprises et l'on a tenté de la faire parler par suggestion. Ce traitement n'a donné d'ailleurs aucun résultat, et l'aphonie, soi-disant nerveuse, a persisté après comme avant les séances d'hypnotisme.

L'*examen laryngoscopique* — pratiqué pour la première fois sur cette malade par le docteur Gaudier — donne immédiatement l'explication de l'inefficacité des traitements antérieurs. On constate en effet que le larynx est bourré de masses papillomateuses. Ces masses, de couleur blanc rosé, sont insérées dans l'angle antérieur des cordes vocales. Pendant l'expiration, la tumeur fait l'office d'un véritable clapet qui vient obstruer l'orifice de la glotte ; au moment de l'inspiration la tumeur est entraînée vers le bas, de sorte que le larynx se trouve dégagé en partie.

La malade revient le 28 février 1898 à la Clinique pour être opérée. La dyspnée a considérablement augmenté depuis la première visite et le docteur Gaudier craint d'être obligé de pratiquer la trachéotomie d'urgence. Il se décide néanmoins à tenter l'extirpation par les voies naturelles, non sans avoir tout préparé pour la trachéotomie, si cette opération devient nécessaire.

La trachéotomie peut heureusement être évitée. Après des instillations répétées de cocaïne en solution au 1/10, l'introduction des instruments dans le larynx est bien supportée. L'opérateur emploie tour à tour la pince de Dundas-Grant et l'anse froide et parvient à enlever la totalité de la tumeur en huit à dix prises. Hémorrhagie insignifiante qui s'arrête d'elle-même au bout de quelques minutes.

L'extirpation du néoplasme est suivie de la disparition immédiate de la gêne respiratoire. Par contre, la voix n'est pas sensiblement améliorée.

Le 12 mai 1898 la malade est de nouveau revue. Il ne reste plus qu'une petite masse insérée sous une des cordes vocales (la droite) et qui est enlevée facilement.

Depuis ce temps, la voix est complètement revenue et notre bon confrère et ami le Dr Millat, qui est son médecin, le vérifiait encore il y a quelques jours.

Observation XI

Papillome de la commissure antérieure. — Ablation. — Récidive. — Nouvelle ablation suivie d'amélioration de la voix.

I..., Léon, 52 ans, est marchand de charbons ambulant ; sa profession l'oblige à de grands efforts de voix, de plus c'est un alcoolique avéré.

Depuis plusieurs années, I... a la voix sourde et rauque. Il a été opéré une première fois d'un papillome du larynx par le docteur Gaudier en février 1897. L'opération a été suivie d'une amélioration sensible qui s'est maintenue quelques mois, puis la voix a recommencé à s'altérer.

Le malade se présente de nouveau à la clinique le 5 mars 1898. La voix est très enrouée, presque éteinte. Il n'y a pas de gêne respiratoire, mais le malade accuse une sensation très nette de corps étranger.

L'*examen laryngoscopique* permet de constater l'existence d'une tumeur occupant la commissure antérieure des cordes vocales. Cette tumeur est arrondie, mamelonnée, d'aspect nettement papillomateux ; son volume est à peu près celui d'un gros pois.

La tumeur est enlevée, séance tenante, par le docteur Gaudier, à l'aide de l'anse froide, après cocaïnisation avec la solution au 1/5. L'opération est suivie du retour immédiat de la voix qui conserve néanmoins une raucité très marquée.

Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION XII

Papillome volumineux de la corde vocale gauche, tiers postérieur. — Deux ablations antérieures. — Extirpation. — Guérison.

M..., Charles, 41 ans, sans antécédents, mais grand fumeur, a été opéré, il y a quatre ans et demi, pour un polype du larynx qui avait provoqué chez lui des troubles vocaux. Récidive au bout de deux ans ; de nouveau opéré. Chaque fois, il avait été cautérisé, après l'ablation, à huit ou dix reprises. Il revient chez M. le docteur GAUDIER, à la clinique, le 16 juin 1898, avec de la raucité de la voix, sans douleurs.

A l'*examen laryngoscopique*, papillome volumineux occupant le tiers postérieur de la corde vocale gauche. Laryngite subaiguë.

Anesthésie à la cocaïne. Ablation à la pince de DUNDAS-GRANT, sans incident. De suite la voix reprend un timbre beaucoup plus clair.

OBSERVATION XIII

Fibrome de la corde vocale droite. — Extirpation. Guérison.

Mme X..., 45 ans, vient à la clinique pour une extinction de voix datant de plus de cinq ans. Excellente santé générale. Rhino-pharynx intact. A l'*examen laryngoscopique*, saillie pédiculée sur la corde vocale droite, au tiers antérieur, du volume d'une lentille. Ablation à la pince de DUNDAS-GRANT le 4 octobre 1898 ; guérison. Retour immédiat de la voix, un peu rauque d'abord, normale huit jours après.

OBSERVATION XIV

Volumineux polype de la corde vocale droite. — Extirpation. — Guérison.

Mlle A..., 18 ans, se présente à la clinique le 6 octobre 1898. La voix est disparue depuis deux ans ; excellent état général. Elle présente en plus de la rhinite hypertrophique double et de la pharyngite hypertrophique. A l'*examen laryngoscopique*, volumineux polype sessile sur le milieu de la corde vocale droite, gros comme un *gros pois*, rouge, de forme triangulaire, flottant comme un drapeau. Extirpation très difficile, en raison de l'indocilité de la malade, avec la pince de DUNDAS-GRANT. Guérison.

Lit à tiroirs mobiles

par le Professeur **H Folet**

Tous les chirurgiens, en appliquant un pansement ou un appareil plâtré qui doit envelopper à la fois la partie inférieure du tronc, la région inguino-trochantérienne, la cuisse et le membre inférieur (opérations sur le scrotum ou le pli de l'aine, appareil immobilisateur de coxalgie), ont été gênés par la nécessité de soulever un grand nombre de fois le patient de dessus la table à opération pour faire passer la main et les bandes.

Quand le malade est un jeune enfant, on le soulève sans peine et autant de fois que l'on veut, ou on le maintient soulevé en plaçant le poing d'un aide sous le sacrum. Mais, pour peu que l'on n'ait plus affaire à un bébé, ces efforts de soulèvement sont malaisés.

Il y a bien des pelvi-supports variés ; mais ils courbent trop le corps en arrière. La position du malade reposé à plat n'est plus la même que celle du malade arqué en pont. Les bandes flottent, l'appareil plâtré se casse. On peut user aussi de coussins multiples placés transversalement, en billots, sous les épaules, les fesses, les jambes ; mais ils se dérangent facilement.

Il faudrait pouvoir, par quelque artifice, creuser à volonté dans le plan de soutien un vide sous telle ou telle partie du corps, le reste restant en place dans la position définitive qu'il occupera après la pose du bandage.

J'ai réalisé la chose par un truc simple dont j'avais eu l'idée, il y a longtemps, en voyant des enfants coucher à plat une poupée sur un de ces jouets appelés *jeu de cubes*, dont plusieurs cubes faisaient défaut.

Figurez-vous, placés sur une simple table en bois W X Y Z, une série de cubes ou, pour parler un langage plus exactement géométrique, de parallélipipèdes rectangles, tous de même hauteur, mais dont les autres dimensions varient, A B C D E, etc,, juxtaposés comme le montre la figure, au-dessus de laquelle est indiquée au pointillé une silhouette humaine.

Sous la tête du bonhomme un seul parallélipipède A.

Sous les deux épaules, les deux cubes B, C.

Sous la région dorso-lombaire un seul, D.

Sous les trochanters et le sacrum les trois cubes E, F. G.

Sous les deux membres inférieurs les cinq paires de cubes accouplés, HI, JK, LM, NO, PQ.

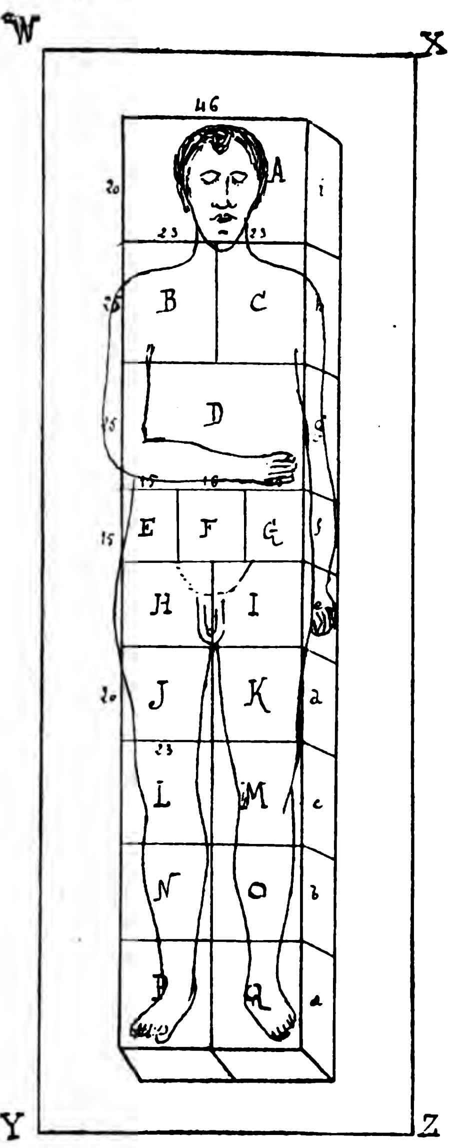
Tous ont une hauteur commune de 10 centimètres au-dessus du plan de la table. Les autres dimensions du parallélipipède sont indiqués en centimètres par des chiffres inscrits sur les lignes qui représentent leurs arêtes.

Aux points indiqués par les lettres *a b c d e f g h i* sont placés de petits boutons de bois ou de métal, permettant de retirer par glissement de dessous le

malade tel cube que l'on veut enlever, en laissant les autres en place.

Le parallélipipède F qui correspond à la face postérieure du sacrum est légèrement concave et on pourra le garnir d'un petit coussin d'ouate, parce que c'est celui sur lequel portera le plus souvent le poids du malade, c'est le véritable pelvi-support. Tous les autres sont plans.

Supposons que l'on veuille appliquer un bandage



recouvrant la région lombaire, le ventre, la région trochantérienne et le tiers supérieur de la cuisse gauche. Il suffira d'enlever de dessous le malade les cubes D. G. I. S'il s'agit d'un double spica des aines, les cubes D. E. G. H. I. Pour un pansement de l'épaule droite, les cubes B, D, etc., etc.

Des cubes pleins, massifs, auraient été très lourds, les nôtres sont creux ; ce sont des tiroirs renversés sur une table. J'avais d'abord songé à entourer tout le système d'un encadrement de bois qui aurait solidarisé les diverses pièces mobiles. Mais le poids du malade couché sur les cubes suffit très bien à les maintenir en place. Quand ils ne servent plus, les cubes empilés peuvent être facilement remisés sur une planche d'armoire ; c'est très peu encombrant.

Les cubes peuvent être peints en blanc, vernissés, et sont par conséquent très faciles à nettoyer.

Mon menuisier m'a fabriqué tout l'appareil pour la somme minime de 20 francs.

Nous l'appelons dans le service le « lit à tiroirs » ou « lit de cubes ».

VARIÉTÉS

Nous empruntons à la *Gazette médicale du Centre :*

Le premier jour de Consultation d'un Docteur

ÉTUDE RÉALISTE

Docteur, enfin, docteur de par la Faculté,
J'ai choisi Landerneau pour ma localité.
Bon canton, place riche, où j'ai planté ma tente,
Et je vais ce matin, anxieux, dans l'attente,
Débuter en ouvrant mes salons aux clients.
Aux clients !... pourquoi pas, des bons et des payants !
Ma famille est connue et des plus influentes,
N'ai-je pas fait aussi des études brillantes !

Qu'entends-je, c'est Margot ! « Monsieur, vite au salon,
« Les voilà vingt déjà, c'est une invasion,
« Depuis le petit jour, je cours à la sonnette,
« Et, je ne sais, Monsieur, où donner de la tête ! »
Vingt pour le premier jour, je m'en doutais, parbleu !
Quel succès éclatant ; sauvé, merci, mon Dieu !
Je crois voir s'allonger les nez de mes confrères,
Je vais vous en tailler, mes gaillards, des croupières :
Farceurs, moi qui devais, ici, crever de faim !
Je mets à ma toilette une dernière main,
Et prenant d'un ancien la gravité sévère,
Je descends pour livrer ma bataille première.
Par prudence, un dernier coup d'œil au cabinet !
Tout est propre,... rangé... qu'on entre, je suis prêt !

D'abord, c'est un bonhomme à l'air patibulaire,
Qui salue humblement et me dit : « Cher confrère,
« J'ai laissé le métier pour me faire assureur,...
« Assureur... sur la vie, et c'est un vrai bonheur
« De vous entretenir de ma petite affaire.
« Reconnaissez, Monsieur, qu'il n'est pas de carrière
« Comme la vôtre offrant des dangers sérieux ;
« Microbes, accidents, fléaux contagieux,
« La mort est près de vous qui vous guette sans cesse ;
« La femme, les enfants restent dans la détresse,
« C'est navrant, il vous faut assurer l'avenir,
« Souscrire une assurance et vous pourrez dormir
« Désormais sans souci. » Il me cite un confrère
Qui reçoit mille écus de rente viagère,
Et me fait des calculs alléchants, merveilleux.

J'ai beau lui signaler mon torse vigoureux,
Mes solides biceps et ma santé parfaite.
Il ne m'écoute pas, mon assurance est *prête* ;
En somme, il n'a qu'un but, malgré moi m'obliger,
Et reviendra sous peu pour me faire signer.
Au diable l'exploiteur avec son assurance !...
Il file, il était temps, je perdais patience.
Enfin, quoi qu'il en soit, je me suis fait la main ;
Des autres, sans tarder poursuivons l'examen !...

Mon deuxième client est encore un confrère,
Traduisez simplement : garçon apothicaire !
Pour lui, les deux métiers ont tant d'affinité !
Il fait son tour de France et se voit arrêté
Faute d'avoir vingt francs ; il pense qu'un confrère
Voudra bien l'obliger de pareille misère.
« Les temps sont durs, dit-il ! » parbleu, c'est mon avis !
« Et je suis sans le sou ! » C'est comme moi, j'y suis.
Sur mon refus formel, il réduit sa requête
A dix francs,... à cinq francs... je refuse... il s'entête !
Va-t-il s'éterniser quand un autre m'attend !
Je lui montre la porte, il devient insolent,
Il réclame trois francs... en voilà de l'audace !
C'est l'aumône au rabais et je m'en débarrasse
Avec quarante sous qu'il prend en rechignant.
Deux importuns de moins ! Attaquons le suivant

Le suivant marque bien, il a de l'encolure.
C'est un confrère, aussi, du moins, il me l'assure.
Aujourd'hui, ce collègue est libraire-éditeur
D'ouvrages spéciaux pour Monsieur le Docteur.
De livres, aussitôt il m'exibe des piles
Qu'il entasse partout, sur mes meubles... en files.
« Tenez, vous débutez, vous n'avez pas Trousseau,
« Achetez-moi Jaccoud, Dechambre, ou bien Velpeau,
« C'est un concitoyen ! prenez-moi les classiques,
« A six mois de crédit, occasion unique,
« Les Maîtres Allemands, Virchow, Koch, Wurtenger ! »
Merci, je ne veux pas passer à l'étranger.
Et n'ai besoin de rien ! Quel crampon que cet homme
Avec sa marchandise ! il m'agace, il m'assomme ;
Pour le faire filer, je me lève,... il comprend
Et s'en va... bon voyage ! à l'autre, qui m'attend !

C'est une dame jeune et de noir habillée.
Tiens, tiens !... serait-ce, enfin, la cliente rêvée !
« Mes excuses, Monsieur, la veuve d'un Docteur,
« Sans fortune, — éprouvée, — implore votre cœur.
« J'ai perdu mon mari, votre digne confrère,
« Assistez ses enfants malheureux et leur mère !
Madame, un débutant est rarement en fonds,
Et ne peut vous offrir que ses regrets profonds.
Elle n insiste pas et relevant la tête,
Elle s'incline et bat dignement en retraite.

Holà ! qu'entends-je... où suis je et rêvai-je debout ?
Du Confrère, il en pleut, il en pousse partout ?
C'est un vrai défilé de lanterne magique,
Où l'on voit, à la fois, du grave et du comique.
Une nourrice vient recommander son sein.
La Vache Io n'eut pas de breuvage plus sain ; —
Un ancien infirmier m'offre son ministère,
Pour poser une mouche, ou donner un clystère ; —
Un bandagiste vent sur moi-même essayer
Un appareil utile et tout particulier ;
Il me laisse sa carte et reprend sa machine ; —
Une dame survient, qui se dit ma voisine,
C'est une sage-femme, elle débute aussi,
Et près de mes clients demande mon appui.
Pauvre femme .. elle est riche, hélas, ma clientèle !
J'attends, comme sœur Anne, et j'espère comme elle !

Trois heures !..., je n'ai pas encore déjeuné,
Et me sens écœuré.... désillusionné...
J'entre dans mon salon,... il est dégoûtant, sale,
Comme après un marché le pavé d'une halle ;
Mes livres maculés par les doigts de goujats,
Mes tapis pollués et je ne revois pas
Ma paire de gants paille et mon seul parapluie !
Voilà de mes clients l'honnête compagnie,
Courez après ! Margot m'apporte mon courrier,
Des lettres, des avis, remplissant un panier,
Lisons ! le fabricant d'un fameux spécifique
Me propose un marché lucratif et pratique,
Lucratif, mais canaille ! et pour qui me prend-on ?
Le deuxième m'adresse un nouveau biberon,
Pour le recommander,... remise *magnifique*,
L'autre (entre nous, dit-il) m'offre une *affaire unique*,
Il s'agit d'un remède, innocent, anodin.
Un vrai tour de fripon ! ah ! le triple gredin.

J'en passe, des plus forts et cours me mettre à table,
Brisé, sans appétit et d'humeur exécrable.
Mes Clients, quelques-uns, m'ont pris pour un voleur,
D'autres, pour un niais, les deux me font honneur ;
Mais, je garde la foi, l'espoir et le courage,
N'ai-je pas devant moi l'avenir, le jeune âge,
Et puisque le soleil éclaire l'horizon,
Je ne demande au Ciel qu'un modeste rayon.

DE SAINT-RÉVÉREND.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

La session d'examens de **validation de stage** pour les aspirants au titre de pharmacien de 1re ou de 2e classe s'ouvrira à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, le samedi 29 courant, à huit heures du matin. Le registre des inscriptions est ouvert du 13 au 25 inclusivement au secrétariat de la Faculté. Ont été désignés comme membres du jury : MM. MORELLE, professeur ; DUHEM et DELAHAYE, pharmaciens à Lille.

Syndicat médical de Lille et de la région.

A la séance du 21 octobre, l'on a discuté l'importante question du tarif des Compagnies d'assurance-accidents. Depuis de nombreuses années, le corps médical est traité par trop... cavalièrement par ces Sociétés financières, dont le but principal est de distribuer des dividendes à leurs actionnaires sous le masque de la philanthropie et au détriment des médecins. Aussi la Commission chargée d'élaborer le modus vivendi du Syndicat médical avec ces Compagnies, s'est-elle efforcée, par l'organe du docteur BÉCOUR, d'établir des catégories d'accidents en attribuant à chacune de ces catégories un tarif rémunérateur pour le médecin traitant. Après une longue discussion qui n'aboutissait pas, l'on a adopté la proposition suivante :

« Une nouvelle Commission composée de trois membres (MM. BÉCOUR, HOCHSTETTER, DERODE,) se mettra en rapport avec le Syndicat des Compagnies d'assurance-accidents

afin de fixer de concert le tarif définitif qui entrera en vigueur à partir du 1er janvier prochain. »

La Commission nommée pour surveiller les faits et gestes de MM. les rebouteurs, devins, magnétiseurs, sorciers, spécialistes de toute nature et de tout acabit, voire même des diplômés pour la cure des maladies incurables, a ensuite rendu compte de ses démarches. Elle a porté à la connaissance du Syndicat qu'elle venait de déposer une plainte en justice, avec preuves à l'appui, contre un de ces parasites sans vergogne.

Une proposition avait été faite par un industriel de Lille d'établir, sous le patronage du Syndicat, un Institut radiographique et radioscopique, où, moyennant redevance, tout praticien aurait accès pour les besoins de sa clientèle. MM. Oui, Bédart et Dhaine ont fort justement fait remarquer que plusieurs de nos confrères possèdent chez eux les rayons X qu'ils mettent gracieusement leurs appareils à la disposition du corps médical pour les malades indigents, qu'enfin l'initiation est longue et difficile. Devant ces raisons le Syndicat a pensé qu'il n'y avait pas lieu de donner suite à la proposition.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

EXEMPLE A SUIVRE

M. Bron, Félix, en son vivant domicilié à Granieu, a légué à l'Association des médecins du Rhône (et à son défaut à la Société nationale de médecine de Lyon) : 1° toute la portion disponible de sa fortune pour créer une maison de retraite en faveur des médecins vieux ou infirmes du Rhône et de l'Isère; 2° toutes les sommes disponibles dont il n'indique pas l'emploi ou qui deviendraient disponibles, pour la création d'un orphelinat où seront admis les enfants des médecins morts, infirmes ou nécessiteux du Rhône et de l'Isère, ces libéralités étant grevées de l'usufruit de la veuve du testateur.

NOMINATIONS

Ont été nommés :

Chevalier de la Légion d'honneur. — M. le docteur Petit, de Chaumont (Haute-Marne).

Officier d'Académie. — M. le docteur Capdeville (d'Alfortville).

Corps de santé militaire

Parmi les **mutations dans le personnel du service de santé militaire**, nous relevons le départ de M. le docteur Lebrez, médecin-major de 2e classe au 110e d'infanterie, à Dunkerque, désigné pour le 21e d'infanterie, à Langres.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs A. Guindey, maire et conseiller général d'Evreux, sénateur de l'Eure; Morin, médecin-major de 2e classe, créateur de l'infirmerie-ambulance d'Ambatomanga, dont le décès à Ambiky (Madagascar), des suites d'un accès pernicieux, a été porté par la voie d'un ordre du jour du général Gallieni à la connaissance de la colonie, à raison des services qu'il avait rendus à la colonie par sa bravoure et son savoir médical; d'Alencon, de Darnétal (Seine-Inférieure); Gariel, ancien médecin de la marine, ancien directeur de la santé de la régence de Tunis : Brachet, d'Aix-les-Bains (Savoie).

M. Léon Cuvelier, étudiant en médecine et conseiller municipal de Loos (Nord), qui a succombé aux suites d'une longue et cruelle maladie. Nous adressons à sa famille l'expression de nos condoléances.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

41e semaine du 9 au 15 Octobre 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	6
3 mois à un an	6	4
1 an à 2 ans	»	3
2 à 5 ans	2	4
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	7	4
40 à 60 ans	7	8
60 à 80 ans	1	2
80 ans et au-dessus	7	11
Total	44	47

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	10	14	19	27	9	8	5	6	10	»	6	114
TOTAL des DÉCÈS	4	12	9	21	10	13	5	6	9	1	1	91
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	2	4	1	6	2	5	1	4	4	»	»	29
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	3
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Phthisie pulmonaire	»	4	1	1	3	1	1	»	»	»	»	11
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	»	2	3	6	»	»	1	»	»	»	»	12
Maladies organiques du cœur	»	2	»	1	1	1	1	»	3	1	1	11
Bronchite et pneumonie	1	»	1	3	2	3	»	»	1	»	»	11
Apoplexie cérébrale	»	»	»	1	»	2	1	»	1	»	»	5
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	2
Croup et diphtérie	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	3
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant. Th. CLERQUIN

N° 94. Deuxième Année, N° 44. Le Numéro : 10 centimes. 30 Octobre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la Semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Diarrhée et infection urinaire, par le docteur **Carlier**, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Notes sur un cas d'intoxication mercurielle par voie obstétricale. Mort par anurie, par le docteur **J. Patoir**, ancien chef de clinique à la Faculté. — Un cas de maladie d'Addison, par **G. Mouton**, interne des hôpitaux. — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie des sciences**, MM. ARLOING et CHANTRE présentent des considérations physiologiques sur la contraction du sphincter de l'anus.

Il existe, dans les deux nerfs symétriques du sphincter, un certain nombre de fibres sensitives, capables de provoquer une contraction réflexe à la suite d'une secousse amenée par l'excitation périphérique de l'un des nerfs. On sait que l'excitation de la peau ou de la muqueuse de la région anale détermine une contraction réflexe du sphincter, et que ce réflexe peut même revêtir le caractère rythmique sur un sujet dont la moelle épinière est coupée transversalement au-dessus de la région lombaire, tandis qu'un corps cylindrique d'un certain volume reste engagé dans l'anus. Jamais on n'avait fait remarquer que la secousse pouvait entraîner une action réflexe.

A l'Académie de Médecine, M. HUCHARD cite un cas malheureux de traitement d'anévrysme de l'aorte par les injections sous-cutanées de sérum gélatineux. Il y eut dans cette observation, d'abord un peu d'amélioration, mais au bout de quelques jours la malade fut prise de phénomènes d'angoisse et de suffocation et mourut. A l'autopsie, on trouva que la coagulation avait envahi non seulement la poche mais encore les grosses artères qui partent de l'aorte, sauf la sous-clavière.

*** M. JONNESCO a pratiqué depuis 1896, 23 splénectomies, une fois pour un kyste hydatique, 22 fois pour hypertrophie malarique, un seul opéré a succombé de l'opération, 7 autres sont morts de causes diverses ; les autres malades ont retiré un bénéfice assez remarquable de l'intervention. Ce qui semblerait prouver, comme le pense LAVERAN, que la rate, au lieu d'être un organe protecteur contre l'infection, serait le réceptacle de l'hématozoaire.

*** MM. PERAIRE et MALLY parlent du traitement des pieds-bots consécutifs à la paralysie infantile chez les enfants et les adolescents par la greffe anastomotique musculo-tendineuse. Il faut d'abord user des moyens physiques et des traitements d'ordre général. Aussitôt que la chose est possible, on cherche en anastomosant les tendons des muscles paralysés à ceux des muscles restés sains, à restaurer l'équilibre fonctionnel du pied. Dans six cas, les auteurs ont suturé le tendon du jambier antérieur à celui de l'extenseur propre du gros orteil, les tendons péroniers au tendon d'Achille, le jambier antérieur au tendon d'Achille. La marche est très améliorée.

A la **Société médicale des hôpitaux**, M. BABINSKI étudie le réflexe du tendon d'Achille dans le

tabes. L'affaiblissement ou l'abolition de ce réflexe a une aussi grande importance pour le diagnostic que le signe de WESTPHAL. Le plus souvent, les deux réflexes sont abolis des deux côtés ; dans une deuxième catégorie, de part et d'autre, il y a trouble, mais non abolition complète du réflexe ; dans une troisième, le réflexe rotulien est aboli ou troublé, et le réflexe du tendon d'Achille normal ; viennent enfin les cas où le réflexe rotulien étant normal, celui du tendon d'Achille est aboli ou troublé.

*** M. SOUQUES présente deux malades, atteints de paralysie unilatérale du grand dentelé, qui offrent une déformation particulière du thorax. Cette déformation apparaît du côté paralysé, mais seulement dans l'élévation volontaire du bras. Il s'agit d'une asymétrie portant sur la région axillaire et sur la paroi thoracique. Le creux de l'aisselle est diminué de profondeur ; sa paroi postérieure se confond avec la paroi interne qu'elle prolonge en arrière. La paroi antérieure du thorax est élargie, la ligne latérale prend la forme d'un S à boucles très ouvertes, la paroi postérieure est rétrécie et il y a une dilatation générale de la cage thoracique, surtout latéralement avec voussure à convexité externe. Les facteurs de cette difformité sont l'existence de l'omoplate ailée et l'action vicariante exagérée des muscles inspirateurs accessoires.

*** M. DUCASTEL montre les pièces anatomiques provenant d'un tuberculeux de 42 ans, ayant eu une perforation du voile du palais. Il s'agit, la preuve en a été faite, d'une ulcération tuberculeuse.

A la **Société de Biologie,** M. PÉRON montre que le sérum extrait après coagulation spontanée des liquides pleuraux épanchés au cours de la pleurésie tuberculeuse évoluant spontanément vers la guérison, possède certaines propriétés thérapeutiques à l'égard des infections expérimentales par le bacille de Koch. Ces propriétés expliquent les résultats variables obtenus par les auteurs qui ont injecté les liquides de ponction au cobaye dans le but de déterminer la nature tuberculeuse des épanchements séro-fibrineux primitifs. Elles montrent aussi qu'il n'est pas indifférent de ponctionner d'une façon systématique tous les pleurétiques.

*** MM. AUCHÉ et CHAVANNAZ ont recherché quelle est la fréquence des infections péritonéales d'origine opératoire dans les cas de laparotomies suivies de guérison. Les liquides recueillis dans le péritoine vers la fin de l'intervention ont donné du staphylocoque blanc ; l'infection est bien due à l'acte opératoire lui-même. La quantité de microbes contenus dans les liquides est peu considérable. Il est probable que, bien souvent, le péritoine est infecté au cours des laparotomies, mais que l'infection reste fort bénigne.

A la **Société anatomique**, MM. WEINBERG et NATTAN-LARRIER, rapportent qu'ils ont trouvé, à l'autopsie d'un sujet mort de tuberculose aiguë, un tubercule jaunâtre dans la paroi de la veine cave, à quatre centimètres de la veine sus-hépatique gauche. Au microscope on voit de nombreux bacilles dans l'épaisseur du tubercule.

*** M. LETULLE montre des préparations de varices de l'estomac provenant de cirrhotiques. Elles sont frappées d'inflammation chronique unissant la paroi veineuse à la muqueuse qui le recouvre. A la moindre occasion, la plaque phlébo-muqueuse se rompt. Ces lésions peuvent guérir, elles passent ordinairement inaperçues aux autopsies.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, MM. AUSSET et BÉDART racontent l'histoire d'une fillette atteinte de péritonite tuberculeuse avec épanchement, traitée et guérie par les rayons X. De nombreuses ponctions, une laparotomie avaient été sans effet, les épanchements se reproduisant de plus en plus rapidement, lorsque l'ampoule de CROOKES fut appliquée, à raison d'une séance par semaine environ ; une ponction exploratrice faite après la troisième séance montra un épanchement hémorragique au lieu de la couleur citrin. Deux mois et demi après, gain de poids marqué, plus d'épanchement ; le ventre est encore un peu gros quoique souple, le sérodiagnostic par la méthode SIROT est nulle.

La curabilité de la péritonite tuberculeuse par les rayons X ne s'impose pas, parce que ce traitement dans cette observation a été heureux ; néanmoins il est à retenir que certaines tuberculoses ont déjà été améliorées par la radiothérapie.

M. CHARMEIL fait des réserves sur le laps de temps écoulé entre la laparotomie et la radiothérapie ; les lésions anatomiques sont en effet énormes et d'autre part le temps d'application (trois séances) peu nombreuses ; la révulsion, fond de l'action de la radiothérapie, ne peut pas expliquer l'amélioration. Il est néanmoins certain que l'enfant a profité de l'intervention, puisqu'elle a engraissé au point d'en être presque obèse.

M. AUSSET rappelle qu'après la laparotomie, la tuberculose s'aggravait, progressait.

*** M. CARLIER présente un malade porteur d'une

tumeur urineuse classique, avec ce caractère particulier cependant que les bourses sont quasi-éléphantiasiques. M. CARLIER se propose de faire d'abord une cystotomie, puis d'opérer la tumeur qui fait corps avec le canal uréthral.

*** M. AUSSET parle d'un enfant ayant eu le croup à neuf mois et guéri par le tubage, bien que des tares rachitiques pesassent sur l'enfant. La diphtérie était manifeste, le sérum fut employé sur le champ, le tubage fut immédiat. Le cas est peut-être unique dans la science.

*** M. AUSSET présente aussi le larynx d'un enfant, tubard comme l'on dit, c'est-à-dire diphtérique, tubé et ne pouvant se passer de son tube sans que des menaces d'asphyxie ne se produisent. A l'autopsie, de nombreuses ulcérations se voyaient aux points où reposait le pavillon du tube de BAYEUX, au point où était la pointe, au-dessous des cordes vocales inférieures; un ventricule enfin est effondré. La pathogénie mécanique de ces lésions est ici manifeste.

M. CHARMEIL rappelle une communication antérieure dans laquelle son tubard avait gardé son tube six mois. L'examen laryngoscopique, pratiqué avec beaucoup de soin, n'avait cependant rien montré, non plus que dans une observation analogue de M. MESLEY. L'étiologie n'est donc pas univoque.

*** M. CARLIER montre, à titre de curiosité, un lipome du cordon spermatique, qu'il a rencontré au cours d'une observation sur le cordon. La confusion aurait pu s'établir entre une petite hernie et lui.

*** M. FOLET présente des radiographies destinées à montrer les migrations des aiguilles dans les tissus. Deux observations intéressantes sous ce rapport se sont offertes à lui :

1° Aiguille dans la main; trois semaines après elle est dans le carpe; quatre mois et demi après elle est dans l'espace interosseux touchant le cubitus ; cinq mois et demi après, déplacement en haut encore plus marqué.

2° Un jeune homme a une aiguille à fleur de peau, dans le pied au métatarse ; quinze jours après la radiographie la montre entre les premier et deuxième cunéiformes; un mois après elle est au calcanéum. Dans les deux cas des interventions chirurgicales faites sur les indications de radiographies, datant d'environ huit jours, furent sans résultats. Aussi, la morale chirurgicale est-elle la suivante : il faut une radiographie récente pour intervenir à coup sûr, sinon on revient bredouille.

TRAVAUX ORIGINAUX

Diarrhée et infection urinaire

par le docteur **Carlier**, professeur agrégé à la Faculté de médecine

(Communication à l'Association française d'Urologie)

Depuis l'apparition des mémoires de ROVSING, de KROGIUS, de MELCHIOR, etc., sur l'infection urinaire et la bactériurie, j'ai observé plusieurs malades qui répondaient bien à la description qu'en ont faite ces auteurs Mais je désire insister aujourd'hui sur la relation intime qui peut exister entre les états infectieux de l'intestin et le développement de troubles urinaires graves dont on ne saurait expliquer autrement l'apparition. Je prendrai comme types deux malades que j'ai eu l'occasion d'examiner et de suivre et dont voici les observations :

OBSERVATION I. — B...., Edouard, 52 ans, vient me voir en septembre 1894, pour une cystite grave et me raconte ce qui suit.

Dans les premiers jours du mois d'août 1894, il a été pris, en pleine santé, de douleurs intestinales qui se sont bientôt accompagnées d'une diarrhée douloureuse, abondante, dysentériforme. Cet état intestinal dura plusieurs jours, puis s'amenda complètement. Mais quelques jours après le début des accidents intestinaux, le malade avait commencé à ressentir quelques douleurs lors de la miction. Ces douleurs allèrent en s'aggravant, et en même temps que les envies d'uriner devenaient de plus en plus fréquentes, le pus et le sang apparurent dans les urines.

Lorsque je vis le malade, il souffrait cruellement d'une cystite hémorrhagique, et la cystorrhagie était telle que je crus tout d'abord à un néoplasme de la vessie. Cet état douloureux persista pendant une huitaine de jours, puis les symptômes s'amendèrent, le sang disparut des urines, la fréquence diminua, les douleurs cessèrent et, après trois semaines d'un traitement interne (salol, quinine, etc.) dans lequel je n'avais qu'une confiance médiocre, le malade se considérait comme guéri.

Bien que je connusse alors le premier travail de ROVSING, sur les infections urinaires et le mémoire de M. REYMOND, sur les cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois, mémoire qui avait paru en 1893, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, j'hésitais à établir une relation de cause à effet entre la diarrhée dysentériforme qu'avait présentée mon malade et la cystite intense qui avait évolué consécutivement. Mais j'appris que le malade avait éprouvé sept ans auparavant, en 1887, des phénomènes analogues, avec une gravité moindre. Il lui était survenu alors une entérite qui n'avait duré que peu de temps et à la suite de laquelle il lui était survenu une cystite peu intense dont il avait très bien guéri après un mois de traitement interne.

J'ai assez souvent l'occasion de rencontrer ce malade et je puis affirmer que, depuis quatre ans, sa santé ne laisse rien à désirer et qu'il ne présente aucun trouble vésical.

Voici maintenant l'histoire de mon second malade :

Observation II. — M. G... , de Coutiches, âgé de 67 ans, m'est adressé en avril 1895 pour un calcul de la vessie. Les urines étaient troubles, leur quantité ne dépassait pas un litre en vingt-quatre heures, en outre elles renfermaient une quantité considérable d'albumine que l'analyse avait évaluée à 12 grammes par litre. Dans ces conditions j'eus recours à la taille hypogastrique de préférence à la lithotritie et j'enlevai un calcul mesurant deux centimètres sur quatre, et constitué par un gros noyau urique avec enveloppe phosphatique. Les suites opératoires furent simples, la guérison se fit sans incident ni aucune élévation de température.

L'opération avait eu lieu le 19 avril ; la vessie était refermée le 6 mai, la sonde à demeure était enlevée le 12 mai, et quelques jours après le malade pouvait être considéré comme guéri. Toutefois les urines étaient encore un peu troubles, et l'analyse y révélait encore une certaine quantité d'albumine.

Dans les premiers jours du mois d'août, M. G ... se rend, sur mon conseil, à Contrexéville, où il reçoit les soins de mon confrère et ami le docteur Boursier. M. G.... supporta tout d'abord très bien le traitement thermal, les urines se modifiaient et l'état général était excellent. Mais vers le 24 août, survient une diarrhée qui empêche le malade de continuer son traitement et qui le force à rentrer chez lui.

Quelques jours après, le malade m'informe de son état, mais sans se plaindre de ses voies urinaires. Le 7 septembre je revois le malade chez lui, en consultation avec son médecin traitant et je trouve M. G ... extrêmement souffrant. La diarrhée avait cessé, mais l'état général est déplorable, la figure est cireuse, le malade est sans forces, anéanti, et il éprouve pour les aliments un dégoût profond. Les urines, peu abondantes, étaient très troubles. et exhalaient une *odeur fade, nauséabonde*, qui infectait l'appartement et qui rappelait l'odeur spéciale que présentent parfois les urines de certains malades atteints de néoplasme de la vessie.

Les mictions n'étaient guère douloureuses ni fréquentes, la vessie ne paraissait pas enflammée, je m'assurai qu'elle se vidait assez bien et qu'elle ne contenait pas de calcul.

Il me parut s'agir d'un de ces cas de *bactériurie* si bien décrits peu de temps auparavant par Krogius, malheureusement j'étais dépourvu de flacon stérilisé pour recueillir les urines en vue d'un examen bactériologique qui m'aurait fixé sur la nature de l'agent pathogène. Je prescrivis des toniques, des désinfectants de l'intestin et j'insistai beaucoup auprès de mon confrère pour avoir recours, matin et soir, à une désinfection minutieuse de la vessie par le cathétérisme et par l'introduction dans la vessie de désinfectants tels que l'iodoforme, le nitrate d'argent, etc., etc.

Ce traitement fut suivi des plus heureux résultats. Peu à peu l'état général se modifia, l'appétit revint, les urines, sans redevenir limpides, perdirent leur odeur écœurante, et, après plusieurs semaines de ce traitement sévère, M. G ... m'écrivait qu'il était rétabli. Depuis lors j'ai revu cet intéressant malade, j'en ai eu des nouvelles tout récemment encore, et M. G.... est dans un état de santé tout à fait satisfaisant.

Il ne me paraît pas douteux que, dans les deux cas que je viens de rapporter, l'infection intestinale a été le prélude et la cause véritable de l'infection des voies urinaires. Et si les symptômes présentés par ces malades ont été si dissemblables, puisque le premier a été atteint d'une cystite grave et que l'autre n'a guère accusé de phénomènes douloureux, cela tient, selon moi, à ce que le mode de pénétration des microbes dans les voies urinaires a été bien différent dans les deux cas.

La cystite du malade de l'observation I est apparue au cours d'une dysenterie. Or, la dysenterie crée des ulcérations du gros intestin, et en particulier du rectum, ce qui met la paroi rectale dans un état d'infériorité réelle pour résister à l'action des microbes. Or, la paroi recto-vésicale est une barrière insuffisante pour s'opposer, dans ce cas, à la pénétration des colonies microbiennes de l'intestin à travers les diverses couches de tissus qui séparent le rectum de la vessie. Je crois donc, dans ce cas, à la contamination directe de la vessie par infiltration des microbes à travers la paroi recto-vésicale. Les voies urinaires supérieures, uretères et reins, ont été ici préservés, la vessie seule a été contaminée.

Les expériences de E. Reymond (1), expériences résumées dans son mémoire sur les cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois, plaident en faveur de l'hypothèse que je soutiens en ce moment.

Tout autre paraît avoir été le mode d'infection des voies urinaires de mon second malade. Celui-ci était un type de bactériurie et répondait bien à la description que Krogius (2) a faite de cette maladie dans son intéressant travail. Les troubles locaux étaient à peu près nuls, l'urine fraîche exhalait bien cette odeur fétide, nauséabonde, sur laquelle insiste Krogius, avec une opalescence particulière, scintillante, qui la fait

(1) E. Reymond — Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1893.

(2) Krogius. Annales des maladies des organes génito urinaires 1894.

ressembler à une culture de bactéries dans de l'urine ou du bouillon. Elle ne présentait pas de dépôt purulent bien marqué.

En revanche les troubles généraux étaient sérieux et revêtaient bien le caractère d'une infection urineuse grave.

Il est permis de croire que, dans ce cas, les microbes, absorbés à la surface de l'intestin et transportés jusqu'aux reins par la circulation générale, ont provoqué une bactériurie d'autant plus grave que les reins et la vessie de ce malade étaient, depuis quelque temps, dans un état d'infériorité fonctionnelle manifeste.

On m'objectera, avec raison d'ailleurs, que ces observations manquent du contrôle bactériologique. Je le reconnais bien volontiers, car l'examen bactériologique m'aurait renseigné sur la nature de l'agent microbien infectant. Mais telles que je les ai présentées aujourd'hui à l'Association d'Urologie, ces observations me semblent suffisantes pour établir d'une façon indéniable que certaines infections urinaires ne reconnaissent pas d'autre origine qu'un état infectieux de l'intestin.

Notes sur un cas d'intoxication mercurielle par voie obstétricale. Mort par anurie

Par le Dr **J. Patoir**, ancien chef de clinique à la Faculté.

J'ai publié au mois de janvier dernier (*Echo médical du Nord*, n° du 2 janvier 1898) trois cas d'intoxication mercurielle dont aucun ne fut suivi de mort, du moins immédiatement et par l'action directe du mercure.

En voici un quatrième qui provoqua un dénouement fatal en quelques jours. Les circonstances cliniques qui accompagnèrent cet empoisonnement, et l'étude microscopique des lésions du rein et du foie m'ont paru suffisamment intéressantes pour que le cas ne restât pas inédit.

Observation. — Mme D... est âgée de 26 ans ; tous ses parents, ascendants ou collatéraux, sont bien portants. Elle a été réglée à 12 ans. A 15 ans, scarlatine dont la convalescence est longue ; impossible de savoir s'il y a eu à ce moment de l'albumine dans les urines. Depuis elle a toujours été souffreteuse et a été longuement traitée pour de la chlorose.

A 20 ans, elle a une première grossesse au cours de laquelle des accidents survinrent, assez graves pour qu'un médecin consulté mît, à la suite de l'analyse des urines, la malade à un régime lacté prolo[...] Accouchement difficile ; enfant vivant.

De 21 à 25 ans, trois nouvelles grossesses [...] deux furent menées à terme. La dernière se tern[...] par une perte, à quatre mois. Depuis sa grosse[...] Mme D... présentait des signes de métrite et p[...] être de salpingite ; l'utérus est actuellement en a[...] version très accentuée.

Elle était de nouveau enceinte et la gross[...] remontait à trois mois et demi ou quatre mois, qu[...] elle fit une nouvelle perte. Un peu des membr[...] était venu avec le fœtus, mais la plus grosse pa[...] était restée dans l'utérus et son expulsion tardait[...] garde qui la veillait crut devoir faire une injec[...] antiseptique. La suite de l'observation va mon[...] qu'elle fit pénétrer inconsciemment la canule d[...] l'utérus ouvert. De plus, pour son injection, ell[...] servit, par erreur, d'une solution mère de subl[...] dont le titre n'a pu être établi d'une façon exa[...] Mais d'après les témoignages recueillis, il sen[...] que le titre de la solution dépassait 1/1000. Il [...] également difficile de savoir quelle quantité de liquide fut injectée : on peut estimer que 120 à [...] grammes de la solution, *soit au moins 0 gr. 15 cent[...] de bichlorure*, passèrent dans l'utérus *et y restèr[...]* En effet, au début même de l'injection, la parturi[...] fut prise subitement d'une douleur terrible dan[...] ventre ; un frisson considérable la secoua [...] entière ; elle claquait des dents ; ses cuisses, [...] ventre étaient agités par un fort tremblement.

La canule était projetée au dehors et en ce mom[...] *aucune parcelle de liquide ne paraît avoir été rejeté[...]*

La douleur s'accusait surtout du côté du rec[...] et un besoin impérieux d'aller à la selle se fai[...] sentir : la selle fut normale. Tout se passait en q[...] ques secondes ; la garde, épouvantée, ne sachant [...] faire, se bornait à réchauffer la malade dans son li[...]

L'injection avait été pratiquée le jeudi 9 fév[...] 1898, à 11 heures du matin. Jusque deux heure[...] malade resta dans une sorte d'état syncopal. A d[...] heures, des vomissements apparurent, verdât[...] fréquents ; le lait absorbé fut rejeté aussitôt. [...] même temps, selles fréquentes, liquides, cou[...] chocolat, d'odeur fétide. Toute l'après-midi, [...] malade vomit et a de la diarrhée. Elle se pl[...] d'avoir une soif ardente et un goût de métal dan[...] bouche.

Une partie du placenta est rendue à 11 heure[...] soir ; le reste ne vient que le lendemain à midi[...]

Un médecin voit la malade seulement le lenden[...] et devant le récit très confus de la garde, les vo[...] sements, la diarrhée, l'état d'affaissement d[...] malade, il songe à une perforation de l'utérus [...] une péritonite. La journée du 10 se passe d[...] même façon que la veille : vomissements et diar[...] continus. Le pouls est à 120° et la température à [...] Injection de 0,01 de morphine.

Le 11, au matin, le docteur Colle, ancien che[...] clinique chirurgicale à la Faculté, est amené, en [...] d'une intervention possible, à voir la malade. [...] trouve la face pâle, anxieuse, l'aspect général [...] vais. La température est de 37° ; le pouls est à 1[...]

bien frappé. Langue saburrale. Signes de stomatite légère. Le ventre n'est pas douloureux au palper. Le toucher vaginal montre l'utérus déjà revenu sur lui-même. Ecoulement sanguin insignifiant. Les vomissements verts sont toujours fréquents, ainsi que les selles qui sont devenues sanglantes. L'estomac est d'une intolérance absolue. Devant l'ensemble des signes, le docteur COLLE rejette l'idée de péritonite et, après enquête, conclut au diagnostic d'intoxication mercurielle, qui s'impose, le 12, quand je vois la malade avec lui.

En effet aux symptômes signalés se joint une stomatite très nette. On s'aperçoit de plus que la malade n'a pas uriné après le 11 au matin. Il est vrai qu'elle a eu des selles abondantes et répétées et qu'elle a pu uriner sans s'en rendre compte. Pourtant, bien qu'elle n'ait pas été à la selle depuis quelques heures, on ne retire par le cathétérisme que quelques gouttes d'une urine trouble qui est très riche en albumine.

Traitement : chlorate de potasse en potion et en gargarisme. Eau de Vichy et lait.

Les jours suivants, état stationnaire. Les symptômes restent les mêmes ; l'*anurie* persiste, bien que la malade ait pu prendre certains jours un litre de lait. Une potion à la digitale n'a fait rendre que 25 gr. d'urine qui se coagulent complètement par la chaleur. L'état mental reste excellent. Le pronostic s'aggrave chaque jour.

Le 15, la malade entre au Pavillon VICTOR OLIVIER, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, qui la voit dans le même état que les jours précédents. Il ordonne une injection sous-cutanée de sérum artificiel. Un litre est injecté dans la fesse gauche. Urine des 24 heures : 100 grammes. Quantité d'albumine énorme. Malgré la répétition des injections de sérum, l'état général de la malade devient de plus en plus mauvais. Les vomissements et les selles, qui étaient devenus plus rares, reparaissent très fréquents. L'anurie se montre à nouveau, absolue.

La malade délire, veut se lever. Puis elle tombe dans un demi-coma entrecoupé de périodes délirantes. Son pouls devient petit, la température baisse et la malade meurt doucement le 20 février, très pâle, exsangue, sans œdème, sans signes d'urémie respiratoire ou convulsive.

L'*autopsie* complète n'a pu être faite, mais les reins en entier et un morceau du foie ont pu être prélevés 24 heures après la mort. Le cadavre est encore en état de rigidité.

Paroi abdominale épaisse et très grasse. Par l'incision forcément petite, ce que l'on voit de l'intestin est très congestionné. Le foie paraît un peu gros. L'exploration de la cavité pelvienne ne révèle rien d'anormal.

Le foie, du moins dans la partie enlevée, ne montre à première vue rien de particulier, ni dans sa couleur, ni dans sa consistance.

Les reins, en revanche, présentent un type de rein blanc. Ils se décollent très facilement de leur capsule ; leur surface est lisse, jaune, avec de petites traînées rougeâtres, sans aucun kyste. Leur volume est augmenté d'un tiers environ et leur consistance tout à fait molle. A la coupe la substance corticale apparaît doublée d'épaisseur, absolument décolorée, d'une teinte crème. Sur ce fond à peine jaune, se détachent en rouge lie de vin les pyramides. La coupe est absolument lisse, sans kyste.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Foie*. Les coupes ont été colorées à la safranine et à l'hématoxyline.

A un faible grossissement on note l'épaississement des espaces portes dont le tissu conjonctif apparaît plus abondant et qui sont infiltrés de nombreuses cellules embryonnaires. De ces espaces partent de petits prolongements ténus, composés mi-partie de fibrilles, mi-partie de petites cellules rondes, prolongements qui ont manifestement tendance à se rejoindre pour circonscrire le lobule. Celui-ci, du reste, n'est nullement déformé et conserve sa topographie et son apparence ordinaires. Les travées cellulaires ont leur aspect normal, mais les capillaires du lobule sont un peu dilatés et contiennent de nombreuses cellules rondes, très vivement colorées et quelques leucocytes. La veine sus-hépatique elle-même, dans certains lobules, est dilatée et entourée de petites cellules. Quant aux cellules à ce grossissement, il est impossible de se rendre compte de leur état ; on peut dire toutefois qu'elles ne présentent pas de déformations très marquées.

A un plus fort grossissement, on s'aperçoit que l'infiltration embryonnaire notée déjà dans les espaces portes n'occupe pas tous les points de cet espace. Elle épargne presque complètement le pourtour de la veine-porte pour se localiser surtout autour des canalicules biliaires et un peu autour des rameaux de l'artère hépatique. Dans certains endroits le tissu embryonnaire s'est déjà organisé en partie et forme un manchon autour des canalicules biliaires et des artérioles. Des espaces portes partent vers les espaces voisins, des traînées de cellules embryonnaires qui, en certains points, se sont déjà organisées en fibrilles : il se constitue ainsi une sorte d'amorce à la cirrhose périlobulaire.

A ce grossissement également, on aperçoit les capillaires radiés du lobule, dilatés, infiltrés de cellules embryonnaires et de leucocytes ; en certains points même, quelques fibres indiquent une sclérose débutante ; ces points de sclérose paraissent plus marqués à la périphérie du lobule où ils semblent partir de l'espace porte et autour de la veine sus-hépatique. Celle-ci est, dans tous les points de la coupe, plus ou moins dilatée ; en certains points sa paroi présente une infiltration embryonnaire, très nette, et plus rarement de l'épaississement scléreux. Quant aux cellules, elles n'offrent pas d'altérations très marquées. La presque totalité présente deux et trois noyaux ; leur forme n'est pas altérée et le protoplasma prend bien les colorants. Exceptionnellement on trouve au centre quelques lobules, des cellules qui ont perdu leurs noyaux et présentent un protoplasma granuleux, mal coloré, indice d'une dégénérescence de l'élément ; quelques travées cellulaires ont subi en entier cette dégénérescence. En somme peu de cellules dégénérées.

Si le foie paraît relativement peu touché, le rein

en revanche l'est profondément : c'est une désorganisation complète. Tout a été frappé : l'épithélium des tubes excréteurs, les glomérules, les vaisseaux et le tissu conjonctif.

L'épithélium des tubes excréteurs est, on peut le dire, sinon complètement détruit, du moins très attaqué dans toutes ses parties. Qu'on examine les cellules des tubuli contorti, celles des branches de Henlé ou du segment intercalaire on note partout les même lésions. Selon les points de la coupe examinés, on peut trouver des altérations plus ou moins graves, mais frappant toutes les parties de la portion excrétante. Tantôt les tubes sont complètement vidés, il y a eu une nécrose totale de l'épithélium qui a été soit éliminé et rejeté sous forme de cylindres, soit enlevé au moment des manipulations (ce qui indique toujours une altération très profonde) ; tantôt les cellules sont encore visibles mais déformées, non colorées, d'apparence granuleuse, sans noyaux ; elles apparaissent sous forme de blocs sans contours précis, parfois creusés de vacuoles ou contenant des granulations graisseuses, plus souvent elles sont simplement granuleuses. Décollées plus ou moins de la paroi conjonctive du tube, elles en encombrent la lumière et l'obstruent complètement.

En cherchant bien on peut voir çà et là un tube peu altéré ; mais cet état sain constitue une exception. Sur les coupes colorées à l'hématoxyline, nous avons pu constater la présence d'amas colorés en violet foncé, opaques et qui sont des blocs de dégénérescence calcaire.

En somme le parenchyme rénal a été frappé en bloc ; les cellules ont été détruites par nécrose ; quelques-unes seulement atteintes de dégénérescence graisseuse ; très peu ont échappé.

Au niveau du glomérule et de la capsule de Bowmann, les lésions, sans être aussi intenses, sont néanmoins très marquées. La glomérulite est très nette ; les capillaires sont turgescents, leur paroi est infiltrée de cellules embryonnaires en grande quantité ; il s'est fait également à l'entour une diapédèse intense. En certains points on constate la présence d'hémorrhagies souvent assez minimes ; mais quelquefois le sang épanché occupe une grosse partie de la capsule, refoule et comprime le glomérule, fuse en dehors de la capsule et dans les espaces conjonctifs intertubulaires qu'il déchire. La capsule de Bowmann est fort épaissie et infiltrée de nombreuses cellules embryonnaires qui forment plusieurs rangs. Le tissu de sclérose commence à s'organiser et à former un manchon complet autour du glomérule.

Les artérioles du rein sont frappées de péri et d'endartérite. Autour de l'artère s'est constitué un manchon de tissu conjonctif fortement infiltré de cellules embryonnaires. Dans son intérieur, sous l'endothélium, on peut compter jusque cinq et six rangées de petites cellules rondes, très tassées, très denses ; on note même çà et là des bourgeons formés de ces petites cellules qui s'avancent dans la lumière du vaisseau et l'obstruent en partie ; il s'agit là évidemmont d'un processus d'endartérite oblitérante.

La trame conjonctive du rein, la paroi des tubes est certainement la partie la moins troublée ; elle est un peu épaissie et infiltrée.

En somme, néphrite diffuse ayant frappé tous les éléments du rein, mais à prédominance nettement parenchymateuse : les lésions dégénératrices des cellules sont certainement le fait le plus saillant de l'examen microscopique, à elles seules elles expliquent l'anurie et la mort.

Cette observation s'ajoute à la liste déjà nombreuse des empoisonnements hydrargyriques par voie obstétricale. Sebillotte (1) cite trente cas de mort survenue dans des conditions analogues et on peut admettre que certains cas peuvent échapper ou ne sont pas publiés. Le fait que nous rapportons, quoique assez rare, n'est donc pas tout à fait exceptionnel.

Le plus souvent, dans les intoxications de ce genre, le mercure, sous forme d'une solution de sublimé d'un titre plus ou moins élevé, est déversé dans le vagin où il est retenu et absorbé au niveau des ulcérations et des déchirures faites au moment de l'accouchement. Ou bien la solution pénètre petit à petit dans l'utérus au niveau duquel l'absorption se fait très facilement. Dans ces conditions, la pénétration du poison se fait par petites portions et les accidents d'intoxication apparaissent lentement et progressivement. Chez notre malade, au contraire, c'est dans l'utérus même qu'une solution forte de sublimé à été portée. La douleur subite et terrible éprouvée par la malade, la rapidité des accidents toxiques montrent d'une façon très claire, que le poison a été mis en contact immédiat avec la muqueuse utérine et qu'il a pénétré de suite dans la circulation par les voies veineuses alors largement béantes ; de là, l'apparition rapide des vomissements, de la diarrhée et de l'anurie. Le poison a agi, comme si on l'eût injecté dans les veines en quantité massive. C'est, en somme, la répétition des expériences des auteurs sur les animaux (2).

Les vomissements, la diarrhée et le mælena sont constants et on retrouve ce même cortège de symptômes dans toutes les observations d'intoxication mercurielle, même légère. L'anurie, au contraire,

(1) Butte. — *Nouv. arch. d'obstét. et de gynécol.*, n° 4, avril 1896.
Sebillotte. — *De l'intoxication par le sublimé.* Th. Paris, 1890-91, n° 370.
Letoux. — *Contribution à l'étude des lésions dans l'intoxication mercurielle.* Th. Paris, 1892-94, n° 194. Etude très soignée des lésions et bibliographie des plus complètes.

(2) Kaloman et Balogh, in Hallopeau : *De l'action physiologique du mercure.* Th. agrég., Paris, 1878.
Gaucher. — *Pathogénie des néphrites.* Th. agrég., Paris, 1878.

n'apparaît que dans les cas très graves, et la règle générale, sinon absolue, est que l'anurie, au cours de l'intoxication mercurielle, est d'un pronostic fatal (1). Notre observation ne fait que confirmer cette règle.

Quant aux lésions observées à l'autopsie il est certain que nous eussions trouvé dans le tube digestif l'état congestif et les ulcérations décrites par tous les auteurs qui ont pu l'examiner : les signes notés pendant la vie en sont un sûr garant. Mais il ne nous a pas été donné de l'observer directement.

En revanche, nous avons pu étudier les lésions du rein et voir jusqu'à quel point il était détruit. C'est un des exemples les plus frappants de néphrite à prédominance parenchymateuse qui se puisse voir. Des épithéliums excréteurs il ne restait rien ou si peu de chose que fonctionnellement le filtre rénal n'existait plus.

En même temps que les épithéliums, les autres parties de l'appareil urinaire étaient atteintes : glomérulite intense avec hémorrhagies, endartérite avec bourgeons proliférants, envahissement du tissu conjonctif et des parois vasculaires par des éléments embryonnaires en grande quantité ; toutes ces lésions indiquent que l'agent toxique, en même temps que le parenchyme, avait touché toutes les autres parties de l'organe. Il s'agissait en un mot d'une néphrite à la fois parenchymateuse, interstitielle et congestive.

Les néphrites infectieuses aiguës montrent les mêmes altérations. Comme dans les maladies infectieuses qu'on ne saurait trop rapprocher des intoxications, puisque les unes et les autres agissent par un poison sur les éléments constitutifs des organes, tout avait été frappé en même temps ; la cellule atteinte par le poison s'était nécrosée tandis que de leur côté, artères de tout calibre et tissu conjonctif s'enflammaient et réagissaient par une abondante prolifération embryonnaire.

Il n'est pas douteux que toutes ces lésions aient été produites par l'intoxication mercurielle, bien qu'il semble qu'à des époques antérieures, comme l'indique l'observation, le rein eût déjà souffert. Mais les altérations qu'il pouvait présenter avant l'intoxication étaient vraisemblablement des plus minimes, si on les compare à celles qui ont déterminé l'anurie et la mort. Qu'elles aient été une amorce à une action plus nocive du sublimé, qu'elles aient créé un *locus minoris resistentiæ*, c'est très probable. Mais il est aussi des plus vraisemblables qu'en leur absence le poison eût produit les mêmes ravages. Quoi qu'il en soit, les lésions décrites étaient récentes. Pour les cellules, il ne peut y avoir discussion ; quant aux lésions vasculaires, la présence d'éléments embryonnaires, nombreux d'une part, et d'autre part la petite quantité de tissu conjonctif organisé le montre également.

Ce que nous avons dit de la diffusion des lésions montre clairement que dans les néphrites à évolution rapide, qu'elles soient sous la dépendance d'une infection ou d'une intoxication (ce qui est tout un) la dualité absolue des formes parenchymateuse et interstitielle n'existe pas. C'est là un point sur lequel il est bon d'appeler l'attention.

Une néphrite aiguë est toujours à la fois parenchymateuse et interstitielle : elle peut être plus l'une que l'autre selon que le poison ou la toxine aura une action plus vive sur la cellule ou sur le vaisseau nourricier, mais elle est sûrement l'une et l'autre. L'agent toxique, d'où qu'il vienne, ne commence pas par oblitérer l'artère pour amener la nécrose cellulaire ; il n'attaque pas non plus isolément l'élément cellulaire ; il lèse les deux à la fois. Les deux altérations sont parallèles ; elles dépendent d'une même cause et elles sont indépendantes vis-à-vis l'une de l'autre. Ces idées développées par M. Brault (1) à propos des scléroses et des altérations chroniques des éléments, sont aussi vraies et se prouvent mieux encore pour les lésions aiguës ; elles reçoivent une confirmation de cas comme le nôtre.

Les lésions du foie, dans notre observation, sont peu marquées : c'est la règle générale pour l'intoxication mercurielle. On pourrait, avec plus de raison que pour celles du rein, se demander si elles n'existaient pas avant l'intoxication. Mais ici encore la présence d'éléments embryonnaires et de tissu conjonctif jeune montre, indépendamment d'autres raisons, que ces lésions sont récentes. Leur peu d'importance en a fait négliger l'étude. Elles n'en présentent pas moins quelque intérêt, surtout si on les rapproche de lésions analogues développées sous l'influence des toxines microbiennes. Il suffit, en effet,

(1) Stadfeldt. — Centralb. für Gynækol. 1884, n° 4. Anurie. Mort.
Wöhtz. — Hospitals Tidende, 1884, n° 22. Anurie. Mort.
Braün. — Wiener Med. Wochensch, 1886, p. 740. Anurie. Mort.
Legrand. — Ann. de gynécol. et d'obstétrique, 1889, p. 410.
Obs. de Porak, d'Auvard, de Bar rapportées par Sebillotte, Loc. citat.
Durante. — Soc. Anatom., Juillet 1892.

(1) Brault. — *Les artérites*, 2 vol. Collect. Léauté.

de mettre en regard les lésions que nous avons décrites et celles qui ont été décrites et figurées par CLAUDE (1) dans le foie des lapins et des cobayes soumis à l'injection de diverses toxines, pour se convaincre de leur grande ressemblance.

Des deux côtés, sclérose légère des espaces portes, surtout marquée autour des artérioles hépatiques et des canalicules biliaires ; tendance des espaces portes à se rejoindre pour circonscrire le lobule ; dégénérescence des cellules hépatiques ; infiltration embryonnaire et diapédèse de leucocytes ; sclérose sus-hépatique. A des degrés plus ou moins marqués on retrouve ces lésions chez notre malade et chez les animaux intoxiqués par CLAUDE. Le poison exogène agit donc ici comme la toxine microbienne : l'analogie est évidente.

D'autre part, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que les lésions observées sont celles d'une cirrhose au début et que dans une intoxication qui ne léserait les reins que d'une façon passagère ou peu marquée, des altérations hépatiques de cette sorte peuvent constituer une amorce à une cirrhose que viendraient compléter ultérieurement d'autres intoxications.

En somme, il ressort de notre observation et de l'examen du rein et du foie : 1° la démonstration, faite une fois de plus, de l'analogie de l'action des poisons minéraux et des infections puisqu'en dernier ressort il s'agit toujours de phénomènes d'intoxication ; 2° Cette intoxication attaque à la fois tous les éléments d'un organe et, notamment pour le rein, si au point de vue de la description clinique et anatomique, il est juste et commode de maintenir la division en néphrite parenchymateuse et interstitielle, cette division est forcément artificielle et trop schématique, elle ne répond pas à cette réalité que la néphrite est et ne peut être qu'une : 3° Enfin les intoxications provoquent des lésions minimes, mais qui pourront devenir l'origine de maladies à évolution chronique, si à certains moments d'autres intoxications viennent compléter l'œuvre de la première.

Un cas de maladie d'Addison

par **G. Mouton**, interne des hôpitaux.

Sans être précisément une rareté pathologique, la maladie bronzée, « bronzed disease » des Anglais, n'est point non plus monnaie courante dans les services hospitaliers. A ce titre donc, nous rapportons l'observation suivante, recueillie dans le service du professeur COMBEMALE.

V.... Joséphine, âgée de 40 ans, entre pour la seconde fois à l'hôpital, en mars 1898, parce qu'elle tousse et éprouve une très grande faiblesse.

Les antécédents héréditaires portent que son père est mort à 60 ans d'une maladie de cœur, que sa mère est morte à 49 ans, à la suite d'une affection inconnue, mais que notre malade rattache à la ménopause.

Dans ses antécédents personnels, on note qu'elle est l'aînée de neuf enfants, dont six sont morts de maladie inconnue. Mariée, elle mit au monde *quinze enfants, tous venus à terme* : de cette nombreuse progéniture, il ne reste actuellement que cinq enfants, deux garçons et trois filles, jouissant tous d'une excellente santé. La malade est muette sur les causes pouvant expliquer la polymortalité de ses enfants. Doit-on incriminer une vérole ignorée, dont on n'a d'ailleurs retrouvé aucune trace ? Faut-il suspecter le mari, sur qui nous ne possédons malheureusement aucun renseignement ?

Dans le passé pathologique de cette femme, il faut maintenant relever des troubles gastro-intestinaux du bas-âge ; elle a fait, dit-elle, la « maladie de vieillard », désignation populaire de l'athrepsie.

Réglée à 16 ans, la fonction cataméniale établie régulière, s'est maintenue parfaite jusque dans ces derniers mois : la menstruation, en effet, n'a disparu que depuis cinq mois.

A l'âge de 24 ans, une dothiénentérie sérieuse est notée.

Deux ans après, à 26 ans, elle se marie, et, prodigieusement féconde, devint quinze fois mère en l'espace de quatorze années de mariage.

Histoire de la maladie. — Il y a environ trois ans, cette femme fit une perte utérine de trois mois, pour laquelle elle ne se soigna pas ou mal, dénuée de ressources qu'elle était et vivant dans l'extrême besoin. L'hémorragie qui s'en suivit, fut, à son dire, notable et l'affaiblissement qui en résulta, très marqué. A ce moment, elle commença à tousser et à maigrir. Son activité sexuelle, toutefois, n'en fut cependant pas amoindrie, puisque, dans les trois années qui suivirent, elle mit encore au jour trois enfants vivants.

A la faveur d'un tel surmenage, les symptômes du début se précisèrent en même temps qu'ils gagnaient en intensité : la malade, secouée par la toux, considérablement amaigrie, en proie aux sueurs nocturnes, entre à l'hôpital en septembre 1897. Elle en sort bientôt, à peine améliorée : les troubles laryngés qu'elle avait également présentés, s'étaient, seuls, légèrement amendés.

Enfin, quatre semaines avant sa seconde entrée, la faiblesse, conséquence de l'envahissement bacillaire, augmente encore : la diarrhée s'installe avec la cachexie et force est à cette malade de revenir à l'hôpital.

(1) CLAUDE. — Recherches sur les lésions du foie et des reins déterminées par des toxines microbiennes. *Presse médicale*, 12 mai 1897.

Nous n'insisterons pas sur les lésions pulmonaires qui sont très avancées : à droite, surtout, les signes sthéthoscopiques révèlent une fonte du parenchyme. La dyspnée est telle qu'elle force la malade à se tenir presque continuellement à demi-assise sur son lit. Les battements du cœur sont un peu précipités et sourds : il n'y a pas de souffle, ni de bruit surajouté, indices d'une lésion orificielle. Le pouls est mou et vite. Les urines, d'une densité et d'une quantité normales, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Ce qui frappe, de suite, à l'examen de cette femme, c'est la coloration bistrée, bronzée de ses téguments. Cette hyperpigmentation est survenue très rapidement et depuis très peu de temps : la date de son apparition coïncide, en effet, avec l'aggravation survenue dans l'état de santé de la malade, il y a quatre semaines. La mélanodermie n'est pas uniformément répandue partout ; ses sièges d'élection sont les parties découvertes, telles que la face, le cou, la nuque, les mains et les avant-bras. Il est à remarquer que les endroits particulièrement et normalement plus foncés comme les grandes lèvres, le mamelon et son aréole, l'ombilic sont ici aussi très notablement hyperpigmentés. A la nuque, il y a des alternatives de coloration brune et d'achromie, ce qui rappelle, grossièrement il est vrai, le vitiligo. Les cicatrices, de quelque nature qu'elles soient — et notre malade en porte plusieurs sur le tronc — sont également d'une coloration beaucoup plus intense que le reste du tégument voisin. Les muqueuses semblent indemnes, du moins pour les muqueuses vaginale, oculaire, labiale, gingivale. La muqueuse buccale proprement dite présente de légères taches brunes dont le siège correspond assez exactement à l'empreinte des molaires.

Malgré ces ponctuations plus foncées en certaines régions, la teinte mélanodermique est généralisée et donne au tégument une coloration terreuse caractéristique : cette femme semble une mulâtresse égarée parmi les « blanches » de la salle où elle est couchée.

Son état général est très précaire, et il nous faut maintenant insister sur la faiblesse toute particulière que ressent cette malade et qu'on ne retrouve pas, même chez les grands excavés pulmonaires, avec ces caractères et cette intensité. Car tout mouvement la fatigue terriblement : manger, boire, parler, tousser, cracher, faire, pour trouver dans son lit une meilleure position, le plus petit et le plus insignifiant des efforts, tout, en un mot, est pour elle une source d'extrême fatigue. L'examen pratiqué cependant avec une très grande douceur l'a « mise au bout » pour se servir de ses propres termes. La force musculaire est, du reste, notablement diminuée et la poignée de mains qu'elle vous donne et qu'elle veut rendre énergique est des plus faibles : on a la sensation d'un serrement de mains que voudrait faire un petit enfant. Cette asthénie est apparue parallèlement à la mélanodermie et à l'amaigrissement.

Les troubles digestifs sont peu accusés ; pas de diarrhée au sens littéral du mot, car il y a bien encore deux selles quotidiennes : celle qui était apparue, il y a quelque temps, s'est calmée, sans l'aide d'aucune médication. L'anorexie, chose remarquable, n'existe pas ; des vomissements survenus il y a quelques jours, ne se sont plus reproduits.

Quant aux douleurs, également notées dans la maladie d'Addison, et à siège lombo-abdominal, elles sont assez marquées : elle accuse des douleurs lombaires assez vives et fréquentes ; elle éprouve une sensibilité très vive dans les genoux, à la moindre marche.

Pas de crampes, ni de névralgies.

Il n'a pas été noté non plus de refroidissement des extrémités, ni de hoquet, petits signes également indiqués dans certaines observations.

A retenir, par contre, des sensations très pénibles d'éblouissements et de vertiges, qui confineraient au lit, tellement elles sont intenses et répétées, cette malade, si l'asthénie ne l'y condamnait déjà. Signalons enfin, des hémorragies nasales fréquentes que le moucher rappelle et provoque sans cesse.

En résumé : Maladie d'Addison, syndrome, témoin de la tuberculisation secondaire des capsules surrénales (1) ; la tuberculose s'étant primitivement localisée au poumon, et cela du fait de la prédisposition morbide, nullement héréditaire, mais préparée en l'espèce par des maladies infectieuses (athrepsie, fièvre typhoïde) et singulièrement facilitée par un surmenage génital exceptionnel !

VARIÉTÉS

Muse médicale

Les dix préceptes de l'Hygiène générale de la femme

Tout surmenage éviteras
De corps et d'esprit mêmement.

De bon air tu respireras,
En te serrant modérément.

Corset trop étroit banniras,
Jarretières pareillement.

Le gros pain tu préféreras
Aux friandises nommément.

Quatre fois par jour pisseras,
Et tout le reste à l'avenant.

De l'exercice tu prendras
Chaque jour raisonnablement.

La chaise longue garderas
Au temps des couches seulement.

Toutes les nuits tu dormiras,
N'allant au bal que rarement.

De la bicyclette n'useras,
Ni du cheval passionnément.

A pied le plus souvent iras :
« Qui va doucement va longtemps ».

Dr Voirsom.

In *Médecine moderne.*

(1) Cette femme est morte quelques jours après que cette observation avait été prise : l'autopsie a confirmé le diagnostic : tuberculose pulmonaire à la période d'excavation et dégénérescence caséeuse des capsules surrénales, en particulier de la gauche. Il est à regretter que l'examen microscopique ou l'inoculation au cobaye n'aient point été faits.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous apprenons que, par suite de la résolution prise par le Comité du Monument Pasteur de ne pas en faire l'inauguration le samedi 5 novembre, la **séance publique de rentrée de l'Université** se tiendra ce jour-là, samedi 5, au lieu du vendredi 4 novembre, dans les locaux habituels et les conditions prévues d'autre part, sous la présidence de M. Roux.

La raison de ce changement de date réside dans le communiqué suivant :

« Le Comité du monument Pasteur, dans sa séance du lundi 24 octoble 1898, après avoir constaté l'impossibilité dans laquelle il se trouve de réunir, en ce moment, les personnages officiels sur la présence desquels la population de Lille croyait pouvoir compter pour rehausser l'éclat des fêtes projetées en l'honneur de Pasteur, décide que l'inauguration du monument n'aura pas lieu le samedi 5 novembre, date qui avait été primitivement fixée.

» Le comité, d'accord avec la ville de Lille, fixera ultérieurement une date à laquelle seront effectuées simultanément l'inauguration de la statue et celle de l'Institut Pasteur ».

— Nous tenons à faire connaître aux lecteurs de l'*Écho médical du Nord* que notre collaborateur M. le Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, vient d'effectuer à cet établissement une **donation de 250.000 francs**. Cette donation, faite depuis plusieurs mois, n'a été connue qu'à la suite de la réunion du Conseil d'administration de l'Institut le 19 octobre dernier. En voici les termes, tels qu'ils ont été communiqués dans le rapport du Dr Calmette au Conseil :

« J'ai déclaré faire don à l'Institut, définitivement et sans réserves, de cette somme de 250,000 fr. Elle servira provisoirement à indemniser les entrepreneurs divers employés par l'architecte, et, lorsque l'Administration municipale sera en mesure de faire voter les crédits qu'elle voudra bien nous accorder sur le rapport de M. l'Adjoint aux finances et de M. l'Adjoint aux travaux, pour les frais d'achèvement de l'Institut, les sommes qui deviendront alors disponibles resteront dans les caisses de l'établissement. Je désire qu'elles soient employées soit à l'achat de matériel nécessaire à de nouvelles études, soit à l'entretien de jeunes savants désireux d'effectuer des recherches d'ordre scientifique dans nos laboratoires.

» L'avenir et la prospérité de notre Institut exigent que les ressources ne nous fassent pas défaut. Aussi, suis-je tout particulièrement heureux de consacrer à cet œuvre une somme d'argent qui provient de ce qu'un grand industriel de notre région a voulu me faire participer aux bénéfices tirés par lui de l'application d'un de mes travaux ».

Tout commentaire laudatif affaiblirait le caractère si simple et si noble de ces déclarations.

— Le **concours pour le clinicat médical** s'est terminé samedi par la nomination de M. le docteur Ignace Huyghe, de Bailleul (Nord). La question écrite sortie de l'urne était : *Grand sympathique cervical, goître exophtalmique ;* restaient dans l'urne : *la fibre musculaire cardiaque, dégénérescence amyloïde. Ventricules latéraux ; pronostic, diagnostic étiologique et symptomatique des méningites chroniques. La cellule hépatique ; syphilis du foie.* A l'épreuve clinique, le candidat a rendu compte d'un malade atteint d'*ictère catarrhal prolongé;* l'épreuve de laboratoire a consisté dans l'*analyse détaillée de l'urine de ce même malade.*

Les **concours pour les bourses de doctorat** ont eu lieu le jeudi 27 courant : les questions adressées du ministère étaient en quatrième année : *pneumonie lobaire aiguë ; mal de Pott.* En seconde année : *articulation du coude ; artère mammaire interne.* — Pharmacie, deuxième année : *acides gras ; des aconits et des médicaments dont ils forment la base.*

— Parmi les docteurs en médecine à qui, sur la proposition du **Comité consultatif d'hygiène publique de France,** le Ministre de l'Intérieur a décerné des récompenses pour leurs travaux présentés aux conseils d'hygiène et de salubrité ou pour leur participation active et dévouée aux délibérations de ces assemblées, nous relevons avec satisfaction les noms de M. le docteur Gorez, de Lille, médecin des épidémies, membre du Conseil du Nord, honoré d'une médaille de bronze, et de M. le docteur Blanquinque, de Laon, médecin des épidémies, membre du Conseil de l'Aisne, à qui la médaille de vermeil a été attribuée.

L'*Écho médical du Nord* adresse à ces confrères, ses félicitations et applaudit à ces distinctions bien méritées.

— Par décision ministérielle en date du 15 octobre, les mutations suivantes intéressant notre région ont été faites dans le **service du corps de santé militaire** : MM. les médecins-majors de 2e classe, Goulon, arrivent au 22e dragons, à Sedan : Cousin, au 110e d'infanterie, à Dunkerque. M. le médecin aide-major de 2e classe Oullier, arrive au 73e d'infanterie, à Béthune.

École de médecine d'Amiens

Par arrêté en date du 12 octobre, sont désignés pour présider à l'École de médecine et de pharmacie d'Amiens, durant la session de novembre, MM. le professeur Combemale, le jury d'examen pour le doctoral, l'officiat de santé et les sagesfemmes, le professeur Lescœur, le jury d'examen pour les pharmaciens de 2e classe et herboristes.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Un **concours pour neuf places d'agrégés des écoles supérieures de pharmacie** s'ouvrira à Paris en 1899, dont six pour Paris, deux pour Montpellier, un pour Nancy.

Les sujets de thèses que les candidats pourront traiter à leur choix sont :

En *physique*, spectroscopie et spectrométrie ; radiations lumineuses, liquéfaction des gaz.

En *chimie*, méthodes nouvelles de production des métaux ; composés endothermiques et exothermiques ; l'atmosphère terrestre ; constantes physiques utilisées pour la détermination des poids moléculaires ; le silicium et ses

combinaisons artificielles ; ptomaïnes et leucomaïnes ; l'hydrazine et ses dérivés ; oxyammoniaque, oximes et composés isonitrosés ; polysaccharides ; composés hydro-aromatiques ; exposé des progrès accomplis récemment dans la connaissance de la constitution des alcaloïdes végétaux ; le pyrrol et ses dérivés.

Distinctions honorifiques

Officier d'Académie : M. le docteur Patenostre, de Sezanne (Marne).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Pargoire père, de Cette (Hérault) ; Colson, de Paris, ancien interne des hôpitaux ; Lapasset, de Biel (Haute-Saône), Pegneaux, de Paris, Laborde, de Bernos (Gironde).

M. Lienhart, professeur de zoologie à l'Université catholique de Lille ; nous adressons à sa famille l'expression de notre douloureuse sympathie.

M. Müller, l'un des médecins de la mission autrichienne pour l'étude de la peste à Bombay, mort à Vienne en donnant ses soins à un garçon de laboratoire infesté et mort de la peste.

MM. Lagrange, interne provisoire des hôpitaux de Paris ; Poupart, d'Amiens, interne des hôpitaux de Paris, victime de la fièvre typhoïde par contagion nosocomiale.

BIBLIOGRAPHIE

Programme et questionnaire de physiologie

(physique biologique, chimie biologique), en 10 leçons, par le docteur G. Petit. Société d'éditions scientifiques, Paris, 1898.

Pour écrire un pareil livre, il fallait un professeur qui eut à la fois les connaissances d'un érudit profond et les qualités d'un préparateur consommé. Nul n'était mieux désigné que le docteur Georges Petit ; rompu avec ce genre d'enseignement, indispensable à ceux qui veulent à la fois faire bien et vite, l'auteur, dont la valeur est rendue indiscutable, en pareille matière, par le nombre toujours croissant des succès remportés par ses élèves, a voulu faciliter la besogne et rendre son enseignement accessible même à ceux qui ne peuvent profiter de ses leçons. Pour cela, il a réuni en un volume le plan de son cours et les questions les plus usuelles qui s'y rattachent.

Cette *Physiologie*, qui n'a pas la prétention d'être un livre de bibliothèque, est destinée aux étudiants et a pour but de leur venir en aide.

En évitant à la dernière heure des recherches que le temps ne laisse pas toujours faire, elle permet à l'élève de revoir en quelques instants l'ensemble du programme de physiologie, dont elle retrace les grandes lignes, qui sont autant de points de repère précieux.

En matière d'examen, la façon de répondre vaut mieux souvent que ce que l'on répond ; pénétré de ce principe, le docteur Georges Petit a fait suivre chacune de ces questions de la réponse la plus sommaire et la plus précise.

Faite en conscience, mûrement réfléchie, cette *Physiologie*, qui ne saurait remplacer la préparation sous la direction immédiate du professeur, est destinée à rendre les plus grands services aux élèves, à leur faciliter le travail et à leur assurer le succès de leur examen.

Ce livre tout à fait d'actualité, puisqu'il porte en exergue « *Nouveau régime* », est écrit avec la clarté qui caractérise l'enseignement de son auteur ; cela suffit pour justifier son succès.

Dr H...

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

42e semaine du 16 au 22 Octobre 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	4
3 mois à un an	6	1
1 an à 2 ans	4	1
2 à 5 ans	2	2
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	4	5
40 à 60 ans	5	7
60 à 80 ans	9	6
80 ans et au-dessus	1	3
Total	40	29

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	1	»	»	»	1	3	»	3	»	»	2	»	»	»	»	»	3	13	8
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3	1	»	1	»	»	»	»	»	2	9	17
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	5	»	»	2	»	»	»	»	»	1	10	29
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	1	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	3	10	9
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	1	»	»	»	2	6	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	7	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	5	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	6
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	3
Total	»	»	»	1	»	3	»	7	8	2	17	2	»	10	»	1	»	»	»	18	69	112

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 95 Deuxième Année, N° 45 Le numéro : **10** centimes. 6 Novembre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE,** *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

SÉANCE SOLENNELLE DE RENTRÉE DE L'UNIVERSITÉ

Sous la présidence de **M. le docteur ROUX,** de l'Académie de Médecine, sous-directeur de l'Institut Pasteur

M. Albert SOREL, de l'Académie française, avait accepté, l'an dernier, de présider la séance publique de rentrée de l'Université. Le souvenir s'est gardé très vif du régal que ce fut pour tous d'entendre cette parole si chaude, de cette voix si autorisée.

Pour cette année 1898, qui devait, pensait-on, voir l'inauguration du monument élevé à l'immortel Pasteur par la reconnaissance lilloise, la présidence de cette séance publique ne pouvait revenir qu'à l'un des collaborateurs de la première heure, à l'un des élèves chéris du maître. M. ROUX, de l'Académie de médecine, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris, pressenti, avait en effet, accepté depuis longtemps, de prendre la parole aujourd'hui.



M. le docteur ROUX

Il a tenu sa promesse.

Un collaborateur de celui dont le nom est connu de toutes les mères, l'un de ses meilleurs amis, a bien voulu écrire pour nos lecteurs la courte biographie ci-contre de M. ROUX, non en manière de présentation, mais dans l'esprit de le donner en exemple à nos étudiants en médecine, qui, plus que bien d'autres, doivent devenir les fils de leurs œuvres.

M. ROUX a bien voulu nous réserver la primeur de son discours ; nos lecteurs le trouveront ci-après.



Le Dr Roux est né à Confolens (Charente) le 17 décembre 1853. Après avoir commencé ses études de médecine à Clermont-Ferrand, où M. Duclaux, alors professeur de chimie, se l'attacha comme préparateur, il suivit à Paris son maître et, en 1878, il entra au laboratoire de Pasteur, à l'Ecole normale.

Les qualités d'excellent physiologiste et d'expérimentateur rigoureux qu'il montra bientôt, rendirent sa collaboration précieuse à Pasteur, qui l'associa à toutes ses mémorables recherches sur la vaccination charbonneuse, sur le choléra des poules et sur le rouget des porcs.

En 1883, il fut envoyé en Egypte avec Nocard, Strauss et Thuillier, pour étudier le choléra asiatique qui y sévissait à ce moment.

Rentré au laboratoire de la rue d'Ulm, le Dr Roux prit une très large part aux études que Pasteur commençait à entreprendre sur la rage.

Ses recherches personnelles sur les poisons microbiens, celles qu'il poursuivit sur le *Tétanos* en collaboration avec M. Vaillard, et sur la tuberculose et la tuberculine avec M. Nocard ; ses travaux plus récents sur la toxine diphtérique et sur la sérothérapie de la diphtérie, lui ont valu l'admiration du monde savant et la reconnaissance de toute l'humanité.

Depuis la mort de M. Pasteur, le Dr Roux remplit les fonctions de sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris. Il est commandeur de la Légion d'honneur et a succédé à Pasteur dans le fauteuil de membre associé de l'Académie de médecine.

Discours de M. le docteur ROUX

à la Séance publique de Rentrée à l'Université

(5 Novembre 1898)

Monsieur le Recteur,

Mesdames, Messieurs,

Nulle part la mémoire de Pasteur n'est plus vénérée qu'à Lille. Monsieur le Recteur, en le proclamant tout-à-l'heure, a soulevé vos applaudissements. L'Université lilloise, fière de son premier doyen à la Faculté des sciences, fait aux doctrines pastoriennes une place chaque année plus grande dans son enseignement. Aujourd'hui, elle annonce à ses étudiants l'heureux achèvement du nouvel Institut Pasteur, où elle installe la chaire de bactériologie et thérapeutique expérimentale.

De toutes les façons d'honorer Pasteur, la meilleure est d'élever des instituts pour tirer des découvertes du Maître tout ce qu'elles contiennent.

Mais, pour constituer un Institut Pasteur, il ne suffit pas de construire des laboratoires de recherches et d'enseignement, munis de l'outillage le plus perfectionné, il faut encore y introduire l'esprit pastorien. C'est-à-dire, la foi scientifique qui donne l'ardeur au travail, l'imagination qui inspire les idées, la persévérance qui les poursuit, la critique qui les contrôle, la rigueur expérimentale qui les prouve, et aussi l'indépendance et le désintéressement qui sont une conséquence de l'amour passionné de la vérité. Cet esprit vous le trouverez dans le nouvel Institut ; notre collègue, M. le Docteur Calmette, qui le dirige, en est animé et il sait le communiquer à ses élèves et à ses collaborateurs.

Avant d'ouvrir aux étudiants les nouveaux laboratoires, le Conseil de votre Université a désiré qu'à cette séance de rentrée il fût parlé de ce qui avait été fait dans les anciens, ceux de votre vieille Faculté d'où est sortie la science des microbes. Lorsque M. le Recteur est venu, au nom de l'Université, me proposer cette tâche si honorable, j'ai accepté avec empressement, car je savais, par expérience, qu'on est toujours bien accueilli à Lille, quand on y vient parler de la science et de Pasteur. M. le Recteur rappelait, dans son allocution, qu'il y a tantôt vingt ans que je suis entré, en qualité de préparateur, au laboratoire de Pasteur, à l'Ecole normale ; ce qu'il ne vous a pas dit, c'est qu'à la même époque lui-même travaillait au laboratoire de MM. Sainte-Claire-Deville et Debray et que des liens d'amitié se nouaient entre les jeunes hommes voisins de laboratoire et remplis de la même ardeur scientifique. Voici pour-

quoi M. le Recteur m'a présenté à vous en des termes élogieux dont je serais confus,si je n'y sentais comme le souvenir d'un temps qui nous est cher à tous deux.

Au mois d'août 1857, Pasteur, alors doyen de la Faculté, lisait devant la Société des Sciences de Lille un « Mémoire sur la fermentation appelée lactique. » Ce travail n'a pas plus de quinze pages et cependant il est la solide assise qui va porter toute une science. Dans le même temps, Pasteur étudiait la fermentation alcoolique sur laquelle il publie, en 1860, une note restée célèbre.

Je voudrais, Messieurs, remonter avec vous vers ces temps déjà anciens, examiner ce qu'on savait de la fermentation alcoolique avant Pasteur et ce qu'on en sait aujourd'hui. L'histoire de la fermentation alcoolique nous montrera l'évolution de la microbie tout entière. Car cette science qui renouvelle à la fois médecine, industrie, agriculture, est « une » et tout progrès réalisé dans une de ses parties retentit immédiatement sur les autres.

Supposons donc un curieux de la nature, comme on disait autrefois, demandant, en 1856, à un savant autorisé, qu'est-ce que la fermentation alcoolique? Celui-ci aurait répondu : C'est celle qui transforme le sucre en alcool et acide carbonique; l'agent de cette fermentation est la levure, qui n'est autre chose qu'une matière azotée en décomposition et dont les molécules animées d'un mouvement particulier communiquent au sucre l'ébranlement qui le désagrège en alcool et acide carbonique. Si notre questionneur faisait observer que Cagniard-Latour avait prouvé que la levure est un être vivant se reproduisant par bourgeonnement, le savant aurait répliqué : qu'il se pouvait que la levure fût un être vivant, mais qu'étant vivante elle doit mourir, et que morte elle devient ferment parce qu'elle se désorganise. Et que d'ailleurs, c'était un fait bien connu que nombre de matières azotées en décomposition, fibrine, gluten, vieux fromage, étaient capables, suivant les circonstances, de déterminer les fermentations lactique, butyrique et même la fermentation putride. Et enfin, si son interlocuteur ne lui avait pas paru satisfait, il aurait ajouté que telle était la théorie de Liebig, autorité incontestable en la matière.

Notre curieux de 1856, Mesdames et Messieurs, c'est Pasteur. Mais, en réalité, il ne s'est adressé à aucun savant; d'avance il connaissait leur réponse et il n'était pas satisfait d'entendre dire que la levure, être vivant, agit sur le sucre précisément quand elle est morte. Il préférait interroger directement la nature au moyen de l'expérience. Avec la nature la conversation est quelquefois lente, mais toujours instructive.La question fut posée dès 1856; la réponse ne vint qu'en 1859, écoutez combien elle est nette et précise :

« La fermentation alcoolique, dit Pasteur, est un » acte corrélatif de la vie et de l'organisation des cel- » lules de levure, non de la mort ou de la putréfaction » de ces cellules. Une partie des éléments du sucre » sert à la levure à faire ses tissus; elle se reproduit » et augmente de poids pendant la fermentation. »

Et comment Pasteur prouve-t-il qu'il en est ainsi? Par une seule expérience d'une simplicité admirable et d'une portée plus admirable encore, par une de ces expériences « à la Pasteur » qui rendent toutes les autres inutiles, mais à laquelle on arrive seulement après des essais cent fois variés. Elle consiste à préparer un liquide fermentescible contenant de l'eau pure, du sucre parfaitement cristallisé, un sel ammoniacal qui fournira l'azote,et des sels minéraux, dont aucun être vivant ne saurait se passer. Dans ce milieu, il n'y a point de matière organique azotée indispensable, d'après Liebig, à toute fermentation. Si une trace de levure qu'on y dépose s'y développe en provoquant la fermentation, il faudra bien admettre que celle-ci est un phénomène de vie correspondant au développement de la levure. En effet, en faisant l'expérience, Pasteur a vu l'acide carbonique se dégager, la levure augmenter, et, quand le dégagement gazeux a été terminé, il a constaté que tout le sucre avait disparu, transformé en alcool, acide carbonique et en une petite quantité de glycérine et d'acide succinique.

La fermentation alcoolique n'est pas la seule qui soit fonction de la vie d'un être microscopique. Toutes les autres sont dans le même cas. Déjà, en 1857, Pasteur avait démontré que le ferment lactique est un être organisé beaucoup plus petit que la levure et se reproduisant non plus par bourgeonnement, mais par division transversale. Ensuite il fait voir que la fermentation butyrique est causée par un vibrion particulier qui vit sans air. De même la fermentation du tartrate de chaux et la fermentation putride des matières albuminoïdes sont produites par des microbes spéciaux.

Résumant tous ces faits en un corps de doctrine, Pasteur peut proclamer dès 1862 :

Que les ferments sont des êtres vivants;

Qu'à chaque fermentation correspond un ferment particulier;

Que ces ferments proviennent de parents semblables à eux, qu'ils naissent de germes et jamais spontanément.

Quel chemin parcouru en six années et que de pro-

grès découlent naturellement de ces propositions si claires !

Puisque le ferment alcoolique est organisé il a ses exigences, comme tous les êtres vivants. Nous ne pouvons plus le regarder comme une substance chimique qui va réagir dès qu'elle sera en présence du sucre fermentescible ; c'est une plante délicate dont nous devons étudier les conditions de développement. Il faut préparer le moût de telle sorte que la levure y trouve une nourriture appropriée à ses besoins, lui donner l'acidité qui lui convient, l'entretenir à la température favorable, puisque la production de l'alcool est fonction de sa croissance.

Il est évident aussi que notre fermentation ira d'autant mieux que la levure sera seule dans le milieu. Si quelque microbe se développait à côté d'elle, il lui disputerait la nourriture, utiliserait pour son compte une partie du sucre, et le résultat de cette concurrence serait un abaissement dans le rendement en alcool. Dans la cuve, les mauvais ferments étouffent le bon, comme dans un champ de blé les plantes parasites étouffent la bonne récolte.

Nous voici sortis de l'empirisme et munis d'une idée directrice. Pour obtenir de bonnes fermentations alcooliques, préparons d'abord, à la levure, un milieu qui lui convienne bien, semons-la dans ce milieu sans y introduire aucun autre microbe. En un mot, faisons nos fermentations alcooliques avec pureté.

La culture pure de la levure, Pasteur l'a réalisée le premier dans ses expériences qui ont fondé les principes. La méthode des cultures pures a été entre ses mains le moyen puissant qui a tout renouvelé.

Aujourd'hui rien n'est plus simple que de faire une culture pure ; mais, en 1856, que de difficultés Pasteur n'a-t-il pas surmontées avant d'y parvenir ? D'abord il lui a fallu débrouiller les causes de l'altération des infusions organiques, puis trouver le procédé sûr de les stériliser, ensuite apprendre à purifier les ferments eux-mêmes en les débarrassant des microbes qui les souillent. Car dans milieu pur il faut apporter semence pure. Pour cela il a été nécessaire d'imaginer une technique simple et précise. Chacun peut aujourd'hui la connaître après quelques jours passés dans un laboratoire de bactériologie ; pour l'établir Pasteur et ses collaborateurs ont dû faire preuve d'une ingéniosité jamais épuisée.

Viticulteurs, Brasseurs, Distillateurs, si vos fermentations ne sont pas pures, vous ne ferez rien qui vaille. Vos vins ne seront pas de garde ; vos bières, jamais semblables à elles-mêmes, seront toujours prêtes à s'altérer ; vos alcools seront mauvais au goût et vos rendements abaissés. Car les microbes parasites qui envahissent les fermentations alcooliques sont la cause des maladies des vins et des bières. Ils mangent le sucre de vos moûts de distillerie pour en former ces produits infects qui déprécient l'alcool. Diminution du rendement et de la qualité, voici la conséquence des fermentations impures.

Tout cela est contenu dans cette phrase de Pasteur : « la fermentation alcoolique est corrélative de la vie de la levure ». Et cependant la méthode des cultures pures n'a passé du laboratoire dans l'industrie qu'après que Pasteur eût multiplié les preuves. Ses études sur le vin, son livre sur la bière ont fait des sciences véritables de l'art empirique du viticulteur, de celui du brasseur et du distillateur. Si bien que ceux-ci n'ont eu souvent qu'à transporter dans leur industrie, en les agrandissant, les appareils imaginés au laboratoire.

En fermentation alcoolique ce n'est pas tout que de cultiver la levure avec pureté. Il y a levure et levure. Cette petite plante microscopique a ses races et ses variétés comme les plantes supérieures, et Pasteur nous a appris que la qualité des produits diffère suivant la levure employée. Il nous a enseigné à améliorer les fermentations par un choix judicieux de la race du ferment. Le vin de tel cru doit en partie son bouquet à la levure qui se trouve naturellement dans le vignoble ; il suffira de semer abondamment celle ci dans un moût de cépages moins illustres pour donner au vin des qualités nouvelles. La limpidité, la saveur fraîche et délicate de telle bière est due à la levure mise en œuvre. De même la droiture de goût de l'alcool de telle distillerie tient au levain qu'on y emploie. C'est aujourd'hui toute une industrie que la préparation des levures sélectionnées.

On peut même associer ces levures entre elles, parfois on va plus loin, on fait travailler avec la levure des espèces microbiennes tout-à-fait différentes. C'est le cas de cette moisissure que M. Calmette ensemence sur les grains cuits pour transformer leur amidon en sucre et préparer le terrain à la levure qui donnera alors une rapide et excellente fermentation alcoolique. Mais ces combinaisons de levures variées ou de moisissures et de levures doivent encore être faites avec pureté, car le principe de la pureté des cultures ne peut être négligé sans dommages.

Il semble qu'arrivé à ce point nous n'ayons plus rien d'essentiel à apprendre sur la fermentation alcoolique. Nous connaissons la bonne méthode : jusqu'à ce jour elle n'a montré aucune défaillance et a résolu tous les problèmes qu'on lui a posés.

La pratique n'est pas le but unique. Un esprit philosophique comme celui de Pasteur s'est souvent

demandé par quel mécanisme la levure transforme le sucre en alcool ?

« Dira-t-on, écrit-il en 1860 dans le mémoire sur la » fermentation alcoolique, que la levure se nourrit de » sucre pour le rendre ensuite comme un excrément » sous la forme d'alcool et d'acide carbonique ? » Dira-t-on au contraire que la levure produit en » se développant une matière telle que la pepsine » qui agit sur le sucre et disparaît aussitôt épui- » sée, car on ne trouve aucune substance de cette » nature dans les liqueurs ? Je n'ai rien à répondre » au sujet de ces hypothèses. Je ne les admets ni ne » les repousse et je veux m'efforcer toujours de ne » pas aller au delà des faits. Et les faits me disent » seulement que toutes les fermentations proprement » dites, sont corrélatives de phénomènes physiolo- » giques. »

Cependant la question reste posée, et toute question bien posée finit par recevoir une réponse.

Quand Pasteur se demande si la levure ne produirait pas une substance telle que la pepsine capable de dédoubler le sucre en alcool et acide carbonique, il songe à une action possible de ferment soluble.

En effet, à côté des fermentations proprement dites dont les agents sont les ferments figurés ou microbes, on a observé toute une série de phénomènes qui s'en rapprochent et qui sont provoqués par les ferments dit solubles, appelés aussi diastases ou enzymes. Ces diastases ne sont pas des êtres organisés puisqu'elles se dissolvent dans les liquides, mais des substances chimiques complexes.

Un exemple de fermentation par enzyme connu de de vous tous, est celui de la transformation de l'amidon en sucre au moyen du malt. Dans l'orge germé ou malt, il existe une matière particulière qu'on ne trouve point dans le grain avant sa germination. Elle est soluble dans l'eau et convertit lentement à froid, rapidement à la température de 55°, l'amidon en dextrine, puis en maltose. Cette réaction se fait en brasserie et fournit le sucre que la levure transformera ensuite en alcool et acide carbonique. A la substance active du malt, on a donné le nom d'amylase Ce qui caractérise cette amylase, c'est qu'à dose très petite, elle produit un effet très grand. Un gramme d'amylase retirée d'un bon malt saccharifie, un kilogramme d'amidon. C'est pour cela que l'on rapproche l'action des diastases de celle des microbes qui, eux aussi, en quantité infime, transforment des masses considérables de matière. Avant Pasteur on confondait les deux phénomènes sous le nom commun de fermentation. Mais la grande différence entre diastases et microbes est que les microbes vivent et se reproduisent, tandis que les diastases sont des substances chimiques non organisées.

Une autre fermentation diastasique plus intéressante encore s'opère en ce moment dans l'estomac de chacun de nous. Je félicite ceux d'entre vous qui ne s'en aperçoivent pas,car c'est un signe qu'elle s'accomplit bien et rien n'est plus important, puisqu'il s'agit de la digestion de nos aliments. Ils sont dissous dans notre estomac par le moyen d'une diastase appelée pepsine, qui transforme la viande que nous avalons en peptones solubles. Cette pepsine est très active et rien n'est plus étonnant et en même temps plus satisfaisant que la rapidité avec laquelle elle dissout un dîner tout entier, chez ceux dont les glandes stomacales sécrètent une bonne pepsine.

La pepsine, en effet, comme l'amylase,comme toutes les enzymes, est élaborée par des cellules vivantes. Les diastases sont intimement liées à la vie, chaque cellule en fabrique et leur rôle apparaît de jour en jour plus considérable. Elles gardent de leur origine une fragilité excessive ; une foule de réactifs les altèrent ; l'eau suffit quelquefois à les modifier. Une température de 70° fait disparaître leurs propriétés, si bien qu'elles paraissent aussi délicates que les cellules d'où elles proviennent.

Les actions chimiques qu'elles déterminent sont spécifiques ; c'est-à-dire que l'amylase qui liquéfie l'amidon et le transforme en sucre ne rendra point soluble l'albumine, et la pepsine qui dissout le blanc d'œuf cuit ne convertira point l'amidon en maltose. Toutefois pepsine et amylase ont cela de commun que la transformation qu'elles font subir l'une à l'amidon, l'autre à l'albumine, consiste dans l'addition à ces corps de molécules d'eau. Ces diastases ont une action hydratante, elles sont hydrolisantes comme on dit.

Toute cellule vivante, vous disais-je, élabore des enzymes. Les microbes, qui sont des cellules en général douées d'une vie intense, et notamment notre levure, sont grands fabricateurs de diastases. Dubrunfaut a fait voir, il y a bien longtemps, que le sucre de canne ne fermente pas directement en présence de la levure. Celle-ci ne saurait l'utiliser sans le transformer en sucre interverti, précisément au moyen d'une diastase spéciale, la sucrase, découverte par M. Berthelot. Rien n'est plus facile que de mettre cette sucrase en évidence dans la levure.

Mettons de la levure jeune et bien lavee à macérer dans de l'eau distillée, jetons sur un filtre serré, nous obtenons un liquide très clair. Ajoutons-y un

peu de sucre de canne ; après quelques minutes, nous pouvons constater que le sucre de canne a été transformé en sucre interverti par quelque chose qui est sorti de la levure. Ce quelque chose est une enzyme, la sucrase.

Pourquoi la levure, qui fait de la sucrase, ne feraitelle pas aussi une alcoolase capable de dédoubler le sucre en alcool et en acide carbonique ?

M. BERTHELOT y a pensé et a cherché si la macération de levure ne transformait pas aussi le sucre en alcool. Le résultat a toujours été négatif, et M. BERTHELOT, qui tenait à ce ferment alcoolique soluble qu'il ne pouvait mettre en évidence, a supposé que peut-être il était consommé au fur et à mesure de sa production et par l'acte même qu'il détermine. De sorte que, dans les conditions des essais, il n'en restait pas qu'on pût déceler.

Plus tard, CLAUDE BERNARD, le grand physiologiste, suivant des notes publiées seulement après sa mort, aurait cru qu'un ferment alcoolique soluble existait dans le raisin pourrissant. PASTEUR démontra que BERNARD s'était fait illusion dans ces recherches si difficiles.

D'autres encore se mirent à la recherche de l'alcoolase. M. DENYS COCHIN fit au laboratoire de M. PASTEUR des tentatives qui n'aboutirent pas. PASTEUR lui-même entreprit des expériences sur le sujet, et je me souviens qu'à l'époque où j'entrai à son laboratoire, il essayait d'extraire le ferment alcoolique soluble des cellules de levure en les broyant dans un mortier, en les congelant pour les faire éclater, ou encore en les mettant dans des solutions salines concentrées pour forcer le suc à sortir par osmose à travers l'enveloppe. Vains efforts. PASTEUR ne trouva pas l'alcoolase, si bien que s'il croyait son existence possible il ne pensait pas qu'elle fût une réalité.

Pourquoi, diriez-vous, tant d'acharnement après cette alcoolase ? Quel prix si grand était attaché à son existence ? En espérait-on quelque changement important dans la fabrication de l'alcool ? Point du tout. BERTHELOT, BERNARD et PASTEUR n'avaient en vue aucun perfectionnement pratique ; entre eux il y avait simplement divergence dans les idées. Mais c'est le propre des esprits élevés de se passionner pour les idées. Ils ne pensaient pas de même à propos des fermentations. Pour PASTEUR, la fermentation alcoolique était corrélative de la vie de la levure, pour BERNARD et M. BERTHELOT elle était une action chimique comme toutes les autres, et pouvait s'accomplir sans la participation des cellules vivantes. Aussi, cherchaient-ils l'enzyme qui, ajoutée à du sucre, dans un verre à expérience, donnerait de l'alcool, afin d'enlever à la fermentation son caractère de réaction vitale.

A regarder les choses sans idée préconçue, on ne comprend pas bien pourquoi la transformation du sucre par la levure cesserait d'être un acte vital si on arrivait à retirer de cette levure un ferment alcoolique soluble agissant ensuite *in vitro* ? Ce ferment alcoolique est sûrement corrélatif de la vie; qu'importe qu'une fois formé il dédouble le sucre dans la cellule même ou en dehors d'elle ? Ce qui importe réellement c'est de savoir en dehors de toute interprétation, si la diastase alcoolique existe ou n'existe pas ?

Après cette discussion entre PASTEUR et BERTHELOT, les chercheurs un peu découragés se disaient que les diastases connues jusqu'alors déterminent des hydratations, c'est-à-dire des réactions chimiques simples, facilement réalisables par les moyens habituels, action de la chaleur, des acides, des alcalis. Ainsi, la sucrase intervertit le sucre de canne, les acides étendus en font autant ; l'amylase saccharifie l'amidon, l'acide sulfurique agit de même. Au contraire, le moyen par lequel la levure transforme le sucre en alcool et acide carbonique est sans doute de toute autre nature, les réactifs chimiques n'y parviennent pas et de plus il y a dégagement de gaz, ce qu'on n'observe dans aucune action de diastase.

Telles étaient les réflexions suggérées par tant d'efforts superflus, et elles paraissaient justifiées. Heureusement, la nature n'est pas influencée par les réflexions des savants et bientôt ils devaient découvrir des actions de diastase avec dégagement gazeux.

Elles nous ont été révélées par M. G. BERTRAND, à qui nous devons la connaissance certaine des diastases oxydantes ou oxydases, très répandues chez tous les êtres vivants.

Dans le suc de l'arbre à laque, M. BERTRAND a trouvé un ferment soluble qui détermine l'oxydation du laccol et le transforme en ce vernis, noir, insoluble, quasiment inaltérable, la laque des Chinois et des Japonais. Ce ferment, appelé laccase, fixe l'oxygène de l'air sur certains corps de la série aromatique analogues au laccol par leur constitution. Le pyrogallol notamment, en présence de la laccase, absorbe l'oxygène de l'air, forme de la purpurogalline avec dégagement d'acide carbonique. Assurément, cette réaction n'est point comparable à celle du dédoublement du sucre en alcool et acide carbonique, où il n'y a pas absorption de l'oxygène de l'air. Mais, ce premier exemple d'une transformation chimique, avec déga-

gement gazeux provoqué par un ferment soluble, nous montre que ceux-ci sont capables d'actions tout à fait inattendues et qu'il ne faut pas désespérer de trouver des zymases alcooliques du sucre.

Malgré tout, la découverte de l'alcoolase se serait sans doute fait attendre si la médecine n'était pas venue en aide à la chimie. Voici, penserez-vous, qui est surprenant : les méthodes médicales étant, en général, de celles dont se gardent les chimistes. Autrefois, sans doute ; — il n'en est plus de même aujourd'hui et c'est précisément parce que la médecine a pris aux sciences exactes la vraie méthode expérimentale qu'elle est en état de leur prêter à son tour. PASTEUR, en donnant l'explication des fermentations, avait du même coup donné celle des maladies contagieuses. Chaque fermentation est causée par un microbe-ferment qui se développe dans le milieu fermentescible; chaque maladie infectieuse est produite par un microbe-virus qui pullule dans le corps de l'homme ou de l'animal malade. La ressemblance entre fermentation et maladie contagieuse est si complète, qu'il n'y a eu qu'à transporter en médecine la théorie des fermentations, et l'on peut dire que PASTEUR avait révolutionné la médecine avant d'avoir entrepris l'étude d'aucune maladie.

Les médecins se mirent donc à l'étude des microbes pathogènes et bientôt ils s'aperçurent qu'ils sont producteurs de poisons. Lorsque le microbe de la peste ou celui de la fièvre typhoïde se développe dans notre corps, ils y élaborent des poisons spécifiques et c'est pour cela qu'ils nous tuent.

Toute maladie infectieuse se termine par un empoisonnement. Ces poisons microbiens jouent un rôle si important qu'on s'est efforcé de les obtenir, on y a réussi pour quelques-uns d'entre eux, tels que poison du choléra, de la diphtérie, du tétanos. Le bacille tétanique, par exemple, croît facilement dans le bouillon de viande, privé d'air, en y préparant un poison. Il suffit de séparer les microbes au moyen du filtre Chamberland pour avoir une liqueur tout à-fait limpide qui renferme le plus terrible des poisons connus, puisqu'un centimètre cube peut faire périr du tétanos au moins dix chevaux de 500 kilog. et sans doute plus d'une centaine d'hommes.

Ces poisons microbiens ressemblent beaucoup aux diastases et c'est là où j'en voulais arriver. Nous les retirons du liquide de culture de microbes pathogènes, comme nous retirions la sucrase du moût où a cultivé la levure. Le poison est évidemment élaboré par la cellule microbienne d'où il passe dans le liquide environnant. Mais on s'aperçut bientôt que tous les microbes pathogènes ne laissent pas répandre leur poison dans le liquide de culture. Quelques-uns le gardent dans l'intérieur des cellules et on peut tuer celle-ci par la chaleur ou les antiseptiques sans qu'il en sorte. Dans ce cas, les corps microbiens sont eux-mêmes toxiques et le liquide qui les baigne ne l'est pas. Il y a même de ces poisons qui font si bien corps avec les microbes que le problème de leur extraction, à l'état de solution, est un des plus difficiles de la bactériologie. M. Hans BUCHNER a voulu les retirer par macération des corps microbiens dans des solutions alcalines ; le plus souvent, alcalis et acides les altèrent irrémédiablement. Aussi les bactériologistes ont-ils résolu de ne plus les violenter par aucun réactif chimique, et de les faire sortir par des moyens mécaniques, le broyage par exemple.

M. KOCH prépare sa nouvelle tuberculine en broyant les bacilles tuberculeux, et vous pensez bien que ce n'est pas une petite affaire que de casser en morceaux des corps d'un dix-millième de millimètre de large et de 3 à 4 millièmes de millimètre de long. Il faut avoir recours à des appareils mécaniques qui ne se fatiguent point et peuvent broyer aussi longtemps qu'il est nécessaire.

Ce fait de l'adhérence extraordinaire de certains poisons aux microbes qui les produisent, a mis sur la bonne voie de l'extraction du ferment soluble alcoolique. M. Edouard BUCHNER, de Munich, le frère de M. Hans BUCHNER, le bactériologiste bien connu, a eu l'idée de broyer la levure pressée avec du sable quartzeux pour déchirer les enveloppes des cellules, d'y ajouter de la terre d'infusoires et ensuite de comprimer la pâte obtenue à la pression de cinq cents atmosphères à la presse hydraulique. Le jus de la levure reçu sur un filtre de papier est recueilli dans un vase refroidi pour éviter toute altération. Il est d'une couleur jaunâtre, coagulable par la chaleur et riche en diverses diastases. Il renferme notamment cette alcoolase tant cherchée. Il suffit d'ajouter à ce jus du sucre de canne en poudre pour qu'au bout de quelques minutes, l'acide carbonique se dégage comme il le fait d'une fermentation alcoolique en pleine activité. C'est là vraiment une expérience saisissante qu'on ne se lasse pas de regarder. Je voudrais pouvoir vous la montrer au lieu de vous la décrire. Le dégagement d'acide carbonique se poursuit pendant plusieurs jours sans l'intervention d'aucune cellule vivante.

Dans une expérience de M. BUCHNER, 20 grammes de saccharose traités par 100 centimètres cube de jus, ont disparu en vingt-trois heures en donnant 12 gr. 2 d'acide carbonique et 12 gr. 4 d'alcool, avec une perte

de 1 gr. 4 %. Le sucre s'est dédoublé en alcool et acide carbonique à peu près suivant l'équation de GAY-LUSSAC.

Ce jus, chargé d'alcoolase, perd son activité après un ou deux jours, à la température ordinaire, et, si on veut faire provision de diastase, il faut le concentrer rapidement dans le vide et ensuite le dessécher complètement. La poudre obtenue, dissoute dans l'eau, fournit un liquide légèrement trouble qui dédouble le sucre presque instantanément.

Maintenant, Mesdames et Messieurs, retournons-nous et jetons un coup d'œil sur le chemin parcouru depuis PASTEUR jusqu'à ED. BUCHNER. Nous voyons nettement les étapes par où a passé la fermentation alcoolique.

La fermentation alcoolique, dit PASTEUR, est corrélative de la vie de la levure. En conséquence, toute l'attention se porte sur la levure en tant qu'être vivant; on s'efforce de bien la nourrir, de la sélectionner, de la garder pure. Puis on l'envisage non plus en elle-même, mais au point de vue des substances chimiques qu'elle élabore, et, aujourd'hui, elle nous apparait comme préparatrice de diastases dont l'action chimique est relativement simple.

Cette évolution est justement celle de la microbie tout entière.

Les maladies infectieuses étant causées par le développement, dans le corps de l'homme et des animaux, de microbes parasites, il a fallu rechercher le microbe particulier à chaque maladie. Cela a été la besogne du début, celle qui a éclairci l'étiologie des affections contagieuses. Alors la thérapeutique des maladies apparaissait comme des plus simples. Pour guérir, il n'y avait qu'à tuer le microbe dans le corps même du malade au moyen d'un antiseptique bien choisi. Quelque soin que l'on mît dans ce choix, l'antiseptique d'ordinaire nuisait plus au patient qu'au microbe, et l'on se dit que, puisque guérir était si difficile, il valait mieux prévenir. Les microbes pathogènes viennent du dehors, ils sont donc évitables si nous savons où ils habitent dans le milieu extérieur et comment ils pénètrent en nous. La résolution de ces questions est la tâche de l'hygiène scientifique qui nous apprend à purifier les eaux d'alimentation, à désinfecter les matières contaminées et économise ainsi tant de vies humaines. Dans tout cela, les médecins imitaient toujours PASTEUR, qui fait des fermentations pures et les garde ensuite de toute infection.

Puis l'attention s'est concentrée sur ce fait, connu depuis longtemps, que les hommes et les animaux qui ont subi une première atteinte d'une maladie infectieuse ne la prennent pas de nouveau. Ils ont acquis l'immunité. Cette immunité, la vaccine Jennerienne la donne contre la variole, et PASTEUR, par un coup de génie, a découvert la méthode d'atténuation qui convertit les virus en vaccins préservateurs.

Quand on a été maître de conférer l'immunité à volonté, on s'est demandé en quoi elle consiste, et METSCHNIKOFF a trouvé que la défense de l'organisme était réalisée par des cellules mobiles, capables d'englober et de digérer les microbes envahisseurs. Tous les moyens efficaces de prévenir et de guérir les infections ont précisément pour résultat de renforcer les cellules défensives, les phagocytes.

Enfin, les microbes nous tuant par les poisons qu'ils sécrètent, la médecine des maladies infectieuses est devenue la toxicologie microbienne, et sa thérapeutique la science des contrepoisons ou des antitoxines que BEHRING nous a révélée.

Vous le voyez, Messieurs, la science des microbes-ferments et celle des microbes-virus aboutit à l'étude de réactions chimiques qui sont pour la plupart des actions de diastases. Car si les enzymes des microbes pathogènes leur servent à attaquer l'organisme, les enzymes des phagocytes servent à le défendre.

La chimie a pris possession de la microbie, et comme le dit si bien M. DUCLAUX, on peut prévoir qu'elle ne la lâchera pas.

La découverte de la zymase alcoolique est donc une de celles dont l'importance ne saurait être diminuée. Est-il vrai, comme on l'a dit, qu'elle inaugure une ère nouvelle en ruinant les théories de PASTEUR sur la fermentation? Maintenant que l'on fait de l'alcool en ajoutant une poudre diastasique à une solution sucrée, peut-on encore soutenir la fameuse proposition mère de tant de progrès : « La fermentation est corrélative de la vie de la levure? » Je crois qu'elle reste toujours debout.

Assurément le dédoublement du sucre par l'alcoolase est une réaction purement chimique, mais la préparation de la zymase est un acte vital et puisqu'on ne fait pas encore d'alcoolase sans cellule vivante, la fermentation alcoolique reste corrélative de la vie de la levure.

Mais il n'est pas déraisonnable de croire qu'un jour viendra où nous serons aussi habiles que la levure elle-même et où nous ferons des alcoolases de toute pièce.

Penser que l'on puisse obtenir une zymase par synthèse! C'est oublier toutes leurs qualités, leur composition si compliquée et leur fragilité, qui n'a d'égale que celle des êtres vivants!

Revenons, Messieurs, pour un instant aux oxydases

de M. G. Bertrand, et vous verrez que je ne suis peut-être pas si téméraire.

M. Bertrand a constaté que la diastase du suc de l'arbre à laque fixe l'oxygène sur certains corps de la série aromatique. Par quel mécanisme agit cette laccase ? Pour pénétrer la réaction qu'elle provoque, il faudrait, semble-t-il, connaître sa constitution à elle-même et nous ne savons pas la préparer à l'état de pureté ; elle échappe donc à nos moyens d'analyse. M. Bertrand s'est contenté d'examiner les cendres qu'elle laisse après calcination : il y a trouvé une forte proportion de manganèse, jusqu'à 2 % du poids. Il s'est dit que ce manganèse n'était pas là pour rien, d'autant plus qu'il avait remarqué que plus une laccase est active, plus elle en contient. Or, il est de notion vulgaire en chimie que le protoxyde de manganèse est avide d'oxygène, qu'il l'absorbe pour se transformer en bioxyde de manganèse. Ce bioxyde à son tour cède facilement de l'oxygène pour revenir à l'état de protoxyde prêt à fixer à nouveau l'oxygène.

Ce manganèse ne servirait-il pas d'intermédiaire pour le transport de l'oxygène de l'air sur la matière oxydable ? La réaction jusqu'ici si mystérieuse de la laccase ne trouverait-elle pas ainsi une explication toute simple ? Pour jouer ce rôle de convoyeur de l'oxygène, il est nécessaire que dans la laccase l'oxyde de manganèse ne soit pas lié en une combinaison très stable : il y serait immobilisé. Il y est sans doute uni à quelque substance organique faiblement acide, tout juste assez pour le maintenir en solution.

Si cette idée est juste, un sel manganeux instable doit se comporter comme la laccase. C'est ce que M. Bertrand a vérifié avec le gluconate de manganèse. Ce sel oxyde l'hydroquinone comme le suc de l'arbre à laque.

Supposez qu'au lieu de combiner le manganèse à une substance relativement simple comme l'acide gluconique, M. Bertrand l'ait uni à une matière albuminoïde, il aurait reproduit l'oxydase avec tous ses caractères. Comme la laccase naturelle elle aurait été altérée et coagulée par la chaleur, précipitée par l'alcool Il eut fait une diastase artificielle, et et si on peut faire une laccase par synthèse, pourquoi ne ferait-on pas aussi, par synthèse, une sucrase ? Pourquoi ne ferait-on pas une alcoolase ?

Mais de pourquoi en pourquoi, où vais je bien me laisser entraîner ? Si loin sans doute que je vous égarerais avec moi, car le sentier est à peine tracé ; cependant j'imagine qu'il conduit à un bien beau pays.

Il faut donc s'arrêter et pour terminer revenir à Pasteur qui est notre point de départ et doit être notre point d'arrivée.

Lorsqu'en 1854, Pasteur fut nommé doyen de la Faculté des sciences de Lille, il résolut d'étudier les fermentations et d'y consacrer une partie de ses leçons, parce que, nous dit son biographe, M. Vallery-Radot, une des principales industries du Nord est la fabrication de l'alcool ; et il espérait, en étant utile à ses auditeurs, attirer la sympathie générale sur la nouvelle Faculté. Pasteur a si bien réussi que, depuis sa fondation, la Faculté de Lille a toujours conservé cette sympathie du public qui est devenue un véritable amour pour son Université agrandie. C'était chez Pasteur une conviction profonde que l'usine et le laboratoire doivent rester en relations continuelles. Son œuvre est la preuve éclatante du profit que l'industrie peut tirer de la Science.

Dans ce temps de concurrence acharnée entre les industries des diverses nations, la victoire restera aux plus savants, et on a bien raison de dire « que la puissance industrielle d'un pays dépend de son organisation scientifique (1). » Un des plus illustres chimistes d'Allemagne disait récemment à un de mes amis qui le visitait dans son laboratoire : « Ce qui fait la force de la science et de l'industrie allemandes, c'est qu'elles sont étroitement liées. Tous les chefs d'usine, tous les chimistes sont nos élèves, nous leur venons sans cesse en aide, ils nous le rendent en tenant toujours à notre disposition leur puissant outillage. »

Il y a quelques semaines, je visitais une immense usine de matière colorante dans la Prusse rhénane. Je parcourais un laboratoire plein d'activité, merveilleusement outillé, où plus de cinquante chimistes avaient leur place. Comme je m'étonnais de leur grand nombre. Ce ne sont point les chimistes employés de la maison, me fut-il répondu, ce sont de jeunes Docteurs sortis des Universités, qui désirent poursuivre des recherches. Ils trouvent ici, gratuitement, les moyens de travail, et orientent leurs études dans la direction qui leur plaît. Quel que soit le but qu'ils poursuivent pourvu que la science progresse, nous y trouverons toujours profit.

C'est ce large esprit, Messieurs, qui doit présider aux relations de la Science et de l'Industrie. Je suis assuré qu'à Lille il y a plus d'un industriel qui tiendrait le même langage. Car, dans le Nord de la France, vous êtes tous convaincus que les laboratoires de votre Université contribueront à la prospérité de vos

(1) Haller. — Rapport sur les industries chimiques à l'Exposition de Chicago.

industries, de même que son enseignement littéraire, juridique, historique, philosophique, élèvera encore le niveau moral de votre pays.

Peuplez-la donc de vos fils, cette Université lilloise, non pour qu'ils conquièrent des parchemins, mais pour qu'ils réchauffent leur esprit à cet ardent foyer de science indépendante.



ENSEIGNEMENT

Lors de sa création la Faculté comptait 20 chaires magistrales ; divers décrets ont apporté des modifications à ces enseignements ; de ce fait, la Faculté comprend actuellement 23 chaires magistrales, 5 cours complémentaires, plus un cours annexe d'accouchements pour les élèves sages-femmes. Des conférences, variables suivant les années, des cours libres doivent être ajoutés à cet enseignement fixe. Nous avons plaisir à rappeler à nos lecteurs par quels maîtres les chaires ont été successivement occupées depuis que la Faculté existe :

Doyens : MM.		Doyens Honoraires : MM.	
Cazeneuve	1876-1880.	**Cazeneuve**	1880-1893.
Wannebroucq	1880-1890.	**Wannebroucq**	1890-1897.
Folet	1890-1893.	**Folet**	1893.
De Lapersonne	1893.		

Chaire de Clinique médicale (Hôpital de la Charité).

MM. **Cazeneuve**, professeur, 10 septembre 1876 au 30 sept. 1880.
Hallez, professeur, 27 novembre 1880 au 4 Août 1890.
Lemoine, professeur, 1er décembre 1890 au 21 nov. 1895.
Combemale, professeur, 22 fév. 1896 (actuell. en fonctions).

Chaire de Clinique médicale (Hôpital St-Sauveur).

MM. **Wannebroucq**, professeur, 10 sept. 1876 au 20 nov. 1895.
Lemoine, professeur, 21 nov. 1895 (actuell. en fonctions).

Chaire de Clinique chirurgicale (Hôpital de la Charité).

MM. **Houzé de l'Aulnoit**, professeur, 10 sept. 1876 au 5 nov. 1882.
Paquet, professeur, 24 juillet 1883 au 7 janvier 1890.
Dubar, professeur, 7 février 1890 (actuell. en fonctions).

Chaire de Clinique chirurgicale (Hôpital St-Sauveur).

MM. **Parise**, professeur, 10 septembre 1876 au 31 juillet 1883.
Folet, professeur, 1er août 1883 (actuellement en fonctions).

Chaire de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

MM. **Leloir**, chargé du cours, 8 sept. 1884 au 30 décembre 1885.
» professeur, 31 décembre 1885 au 18 juin 1896.
Charmeil, chargé du cours, 31 juil. 1896 au 2 août 1898.
» professeur, 3 août 1898 (actuell. en fonctions).

Chaire de Clinique obstétricale.

MM. **Pilat**, professeur, 10 septembre 1876 au 31 octobre 1886.
Gaulard, professeur, 22 nov. 1886 (actuell. en fonctions.

Chaire de Clinique ophtalmologique (remplaçant le cours complémentaire de maladies des yeux, par décret du 31 juillet 1890).

MM. **Huidiez**, chargé de cours, 10 sept. 1876 au 22 avril 1878.
Cuignet, chargé de cours, 23 avril 1878 au 10 août 1886.
De Lapersonne, chargé de cours 1er nov. 1886 au 31 oct. 1890.
» professeur, 1er nov. 1890 (act. en fontions).

Chaire de Pathologie interne.

MM. **Hallez**, chargé de cours, 10 sept. 1877 au 19 janvier 1880.
» professeur, 20 janvier au 26 novembre 1880.
Bergeron, professeur, 5 février 1881 au 6 mai 1884.
Leroy, chargé de cours, 1er août 1884 au 31 juillet 1886.
» professeur, 1er août 1886 (actuellement en fonctions).

Chaire de Pathologie externe.

MM. **Morisson**, professeur, 10 septembre 1876 au 21 août 1879.
Folet, professeur, 20 novembre 1879 au 31 juillet 1883.
Baudry, chargé de cours, 27 octobre 1883 au 5 août 1886.
» professeur, 6 août 1886 (actuellement en fonctions).

Chaire de Chimie organique.

MM. **Lescœur**, chargé de cours, 10 sept. 1876 au 27 déc. 1878.
» professeur, 28 décembre 1878 au 31 octobre 1886.
Lambling, chargé de cours, 1er nov. 1886 au 7 mars 1889.
» professeur, 8 mars 1889 (actuell. en fonctions).

Chaire de Physique médicale.

MM. **Terquem**, chargé de cours, 10 sept. 1876 au 15 mars 1887.
Doumer, chargé de cours, 16 mars 1887 au 31 octobre 1892.
» professeur, 1er nov. 1892 (actuell. en fonctions)

Chaire d'Histoire naturelle médicale.

MM. **Giard**, chargé de cours, 10 sept. 1876 au 31 décembre 1882.
Moniez, chargé de cours, 25 janvier 1883 au 25 nov. 1884.
» professeur, 26 novembre 1884 (act. en fonctions).

Chaire de Pharmacie.

M. **Lotar**, chargé de cours, 10 septembre 1876 au 31 juillet 1881.
» professeur, 1er août 1881 (actuellement en fonctions).

Chaire de Matière médicale (par dédoublement par décret du 31 juillet 1889 de la chaire de Thérapeutique et Matière médicale).

M. **Morelle**, chargé de cours, 1er nov. 1889 au 31 octobre 1892.
» professeur, 1er nov. 1892 (actuell. en fonctions).

Chaire de Thérapeutique

(Transformation par décret du 6 août 1896) en

Chaire de Bactériologie et thérapeutique expérimentale

MM. **Joire**, professeur, 10 septembre 1876 au 31 octobre 1886.
Lemoine, chargé de cours, 1er novembre 1886 au 7 août 1889.
« professeur, 8 août 1889 au 1er novembre 1890.
Combemale, chargé du cours, 21 janv. 1891 au 6 déc. 1893.
» professeur, 7 décembre 1893 au 21 février 1896.
Charmeil, chargé de cours, 24 février au 31 juillet 1896.
Calmette, chargé du cours, 1er nov. 1896 au 2 août 1898.
» professeur, 3 août 1898 (actuell. en fonctions).

Chaire d'Hygiène.

MM. **Arnould**, professeur, 15 décembre 1875 au 28 mars 1894.
Surmont, chargé de cours, 1er nov. 1894 au 2 déc. 1896.
» professeur, 2 déc. 1896 (actuellem. en fonctions).

Chaire de Médecine légale.

MM. **Baggio**, chargé de cours, 10 septembre 1876 au 5 nov. 1879.
Castiaux, professeur, 27 février 1880 (actuell. en fonctions).

Chaire de Physiologie.

MM. **Morat**, chargé de cours, 10 septembre 1876 au 4 février 1878.
» professeur, 5 février 1878 au 25 janvier 1882.
Laffont, chargé de cours, 26 janvier 1882 au 31 déc. 1883.
Wertheimer, chargé de cours, 1er nov. 1883 au 30 nov. 1890.
» professeur. 1er déc. 1890 (act. en fonctions).

Chaire d'Anatomie.

MM. **Folet**, chargé de cours, 10 septembre 1876 au 8 sept. 1878.
» professeur, 9 septembre 1878 au 19 novembre 1879.
Puel, professeur, 27 janvier 1880 au 14 octobre 1882.
Demon, chargé de cours, 6 novembre 1882 au 31 oct. 1884.
Testut, professeur 20 novembre 1884 au 31 octobre 1886.
Assaky, chargé de cours, 1er nov. 1886 au 17 janvier 1887.
Demon, chargé de cours, 18 janvier 1887 au 15 mars 1877.
Debierre, chargé de cours, 1er nov. 1887 au 8 juillet 1888.
» professeur, 9 juillet 1888 (actuell. en fonctions).

Chaire d'Anatomie pathologique et de Pathologie générale.

MM. **Coyne**, professeur, 10 septembre 1876 au 31 octobre 1878.
Kelsch, professeur, 13 mars 1879 au 31 décembre 1881.
Hermann, chargé de cours, 25 mai 1882 au 21 mai 1885.
» professeur, 22 mai 1885 au 1er novembre 1892.
Curtis, chargé de cours, 1er nov. 1892 au 21 février 1896.
» professeur, 22 février 1896 (actuellem' en fonctions).

Chaire d'Histologie

(par dédoublement, par décret du 26 janvier 1880, de la Chaire d'Anatomie pathologique et d'Histologie.)

MM. **Coyne**, professeur, 10 septembre 1876 au 31 octobre 1878.
Kelsch, professeur, 13 mars 1879 au 26 janvier 1880.
Tourneux, chargé du cours, 27 janv. 1880 au 20 février 1884.
» professeur, 21 février 1884 au 30 mars 1891.
Laguesse, chargé de cours, 31 mars 1891 au 21 février 1896.
» professeur, 22 février 1896 (act. en fonctions).

Chaire d'Histoire naturelle des parasites.

M. **Barrois**, professeur, 12 novembre 1896 (act. en fonctions).

Chaire de Chimie minérale et Toxicologie.

MM. **Garreau**, professeur, 10 septembre 1876 au 31 octobre 1886.
Lescœur, professeur, 1er nov. 1886 (actuell. en fonctions).

Cours complémentaire de Clinique des maladies des enfants et syphilis infantile.

MM. **Castiaux**, chargé de cours, 10 sept. 1876 au 26 février 1880.
Looten, maître de conférences, 1er mai 1880 au 31 oct. 1884.
Castelain, chargé de cours, 1er nov. 1884 au 31 juillet 1895.
Charmeil, chargé de cours, 3 août 1895 au 24 février 1896.
Ausset, chargé de cours, 25 juillet 1896 (act. en fonctions).

Cours complémentaire de Clinique chirurgicale des enfants.

M. **Phocas**, chargé de cours, 1er nov. 1889 (act. en fonctions).

Cours complémentaire de Médecine opératoire.

(remplaçant la chaire supprimée p. décret du 30 juillet 1890)

MM. **Paquet**, professeur, 10 septembre 1876 au 23 juillet 1883.
Dubar, chargé de cours, 1er novembre 1883 au 25 mars 1886.
» professeur, 26 mars 1886 au 6 février 1890.
de Lapersonne, ch. de cours, 22 mars 1890 au 31 oct. 1890.
Phocas, chargé du cours, 10 mars 1891 au 1er nov. 1892.
Carlier, chargé de cours, 12 nov. 1892 (act. en fonctions).

Cours complémentaire d'Accouchements.

MM. **Puel**, maître de conférences, 1er janv. 1879 au 27 janv. 1880.
Wertheimer, maître de confér., 1er mars 1880 au 31 oct. 1882.
Gaulard, maître de conférences, 1er nov. 1882 au 31 oct. 1886.
Demon, chargé de cours, 1er nov. 1886 au 31 juillet 1892.
Oui, chargé de cours, 27 juillet 1895 (act. en fonctions).

Cours complémentaire de Clinique des maladies des voies urinaires.

M. **Carlier**, chargé de cours, 27 juillet 1895 (act. en fonctions).

* * *

Il nous a paru intéressant pour nos lecteurs de tenter un petit historique de la Faculté, en faisant le relevé des recrues que le concours d'agrégation lui a envoyées et en notant ce qu'elles sont devenues.

MM.

ASSAKY (1886), section d'anatomie, démissionnaire 17 janv. 1887.

AUSSET (1895), section de médecine.

BARROIS (1886), section des sciences naturelles, professeur de parasitologie le 12 novembre 1894.

BAUDRY (1883), section de chirurgie, professeur de pathologie externe le 6 Août 1886.

BAYRAC (1892), section des sciences physiques et chimiques, en congé depuis le 1er janvier 1898, agrégé du Val-de-Grâce.

BÉDART (1892), section d'anatomie et physiologie.

BUREAU (1889), section de chirurgie et accouchements, démissionnaire en 1889, décédé en 1897.

CARLIER (1892), section de chirurgie et accouchements.

MM.

CARRIÈRE (1898), section de médecine.

CASTEX (1892), section des sciences physiques et chimiques, professeur de physique à l'École de médecine de Rennes le 1er août 1898.

CHARMEIL (1895), section de médecine, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique le 30 juillet 1898.

CHUFFART (1886), section de médecine, décédé le 22 février 1887.

COMBEMALE (1889), section de médecine, professeur de thérapeutique le 7 décembre 1893, de clinique médicale le 22 février 1896.

COUSIN (1898), section d'anatomie.

CURTIS (1892), section d'anatomie et physiologie, professeur d'anatomie pathologique le 22 févriei 1896.

DEBIERRE (1883), section d'anatomie et physiologie permutant de Lyon à Lille en 1887, professeur d'anatomie le 9 juillet 1888.

DELÉARDE (1898), section de médecine.

DEMON (1883), section d'anatomie et physiologie, agrégé libre en 1892, décédé en 1894.

DEROIDE (1892), section des sciences physiques et chimiques, permutant de Lyon à Lille le 27 juillet 1895.

DOUMER (1883), section des sciences physiques et chimiques, prof. de physique médicale le 30 juillet 1892.

DUBAR (1883), section de chirurgie, professeur de médecine préparatoire le 26 mars 1886, de clinique chirurgicale le 7 février 1890.

GAUDIER (1898), section de chirurgie.

GAULARD (1880, section de chirurgie et accouchements, professeur de clinique obstétricale le 1er nov. 1886.

LAGUESSE (1892), section d'anatomie et physiologie, professeur d'histologie le 22 février 1896.

LAMBLING (1886), section des sciences physiques et chimiques, professeur de chimie organique le 8 mars 1889.

DE LAPERSONNE (1886), section de chirurgie, professeur de clinique ophtalmologique le 31 juillet 1890.

LEMOINE (1886), section de médecine, professeur de thérapeutique le 8 août 1889, de clinique médicale le 21 novembre 1895.

LEROY (1883), section de médecine, professeur de pathologie interne le 1er août 1886.

MEYER (1889), section d'anatomie et physiologie, chargé de cours à Toulouse le 31 mars 1891, professeur de physiologie à Nancy le 2 août 1895.

MORELLE (1886), section des sciences physiques et chimiques, professeur de matière médicale le 1er août 1892.

OUI (1895), section de chirurgie et accouchements.

PHOCAS (1889), section de chirurgie et accouchements, agrégé libre du 31 octobre 1898.

PUEL (1878), section d'anatomie, professeur d'anatomie le 27 janvier 1880, décédé le 14 octobre 1882.

SURMONT (1892), section de médecine, professeur d'hygiène le 2 décembre 1896.

THIBAUT (1896), section des sciences physiques et chimiques, agrégé libre au 31 octobre 1895.

TRACOU (1892), section de chirurgie et accouchements, décédé en septembre 1892.

WERTHEIMER (1883), section d'anatomie et physiologie, professeur de physiologie le 1er décembre 1890.

***

Enseignement durant l'année scolaire 1898-99

SEMESTRE D'HIVER

5 novembre 1898 — 15 mars 1899

Clinique médicale : M. LEMOINE, professeur. — Leçons, les mardi, samedi, à 9 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur (grand amphithéâtre), le jeudi, au lit du malade.

Clinique chirurgicale : M. FOLET, professeur. — Leçons, les lundi, vendredi, à 9 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur (grand amphithéâtre), le mercredi, opérations.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. CHARMEIL, professeur. — A 10 h. 1/2, le lundi, grand amphithéâtre : à 9 heures, le mercredi, à la policlinique, le vendredi, à la salle particulière du service, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Clinique ophtalmologique : M. F. DE LAPERSONNE, professeur-doyen. — Lundi, à 9 h., et jeudi, à 10 h.

Hygiène : M. SURMONT, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (amphithéâtre nº 2). Le mardi, à 2 heures, leçon pratique au laboratoire.

Anatomie normale : M. DEBIERRE, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. (Amphithéâtre nº 1.)

Histologie : M. LAGUESSE, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. 1/4. (Amphithéâtre nº 3.)

Anatomie pathologique et Pathologie générale : M. CURTIS, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (La leçon du samedi sera spécialement consacrée à la pathologie générale.) (Amphithéâtre nº 3.)

Chimie et Toxicologie : M. LESCŒUR, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. (Amphithéâtre nº 4.)

Pharmacie : M. LOTAR, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures 3/4. (Amphithéâtre nº 4.)

Histoire naturelle des Parasites : M. Th. BARROIS, professeur, M. FOCKEU, docteur ès-sciences, chargé du cours. — Mardi, à 9 heures 1/4, lundi et samedi, à 6 heures. (Amphithéâtre nº 6.)

Cours complémentaires

Maladies des voies urinaires : M. CARLIER, agrégé, chargé du cours. — Exercices cliniques tous les jours, à 9 heures. Leçons cliniques, les mardi et vendredi, à 10 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Cours d'accouchements : M. OUI, agrégé, chargé du cours. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre nº 2.)

Conférences de MM. les Agrégés

Conférences d'Anatomie : M. COUSIN, chef des travaux anatomiques. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. M. GÉRARD, prosecteur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, dans les salles de dissection.

Conférences du Laboratoire des cliniques : M. Carrière, chef du laboratoire. — Jeudi, à 10 heures 1/2, conférence à l'Hôpital de la Charité.

Conférences de Pathologie interne : M. Carrière, agrégé. — Mercredi et vendredi, à 6 heures.

Conférences de Thérapeutique : M. Deléarde, agrégé. — Jeudi et samedi, à 5 heures.

Conférences de MM. les Chefs de Travaux

Conférences de Physique médicale : M. Demeure. — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures 1/2. (Amphithéâtre n° 5.)

Exercices pratiques

Dissections : M. Cousin, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Tous les jours, de 2 à 5 heures, dans les salles de dissection.

Travaux du Laboratoire des cliniques : M. Carrière, agrégé, chef du laboratoire. — Tous les jours, de 8 heures 1/2 à 11 heures, au Laboratoire des cliniques, à l'Hôpital de la Charité.

Travaux pratiques d'histoire naturelle : M. Fockeu, chef des travaux. — Lundi, de 2 à 5 heures, vendredi, de 2 à 4 heures, samedi, de 8 à 11 heures.

Manipulations pharmaceutiques : M. Deroide, agrégé, chef des travaux chimiques. — Mardi, samedi, de 2 à 5 heures.

Exercices pratiques de physique : M. Demeure, chef des travaux de physique. — Mardi et jeudi, de 2 à 4 heures.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique : M. Chrétien, préparateur. — Lundi, mercredi, de 2 à 4 heures, à la Faculté.

Travaux pratiques de chimie minérale : M. Louis, chef des travaux. — Lundi, mercredi, de 2 à 5 heures, vendredi, de 2 à 4 heures.

Cours annexe

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes : M. Gaulard, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, à l'Hôpital de la Charité.

Cours libre

Gynécologie élémentaire : M. le docteur Lambret. — Mardi, de 5 à 6 heures.

SEMESTRE D'ÉTÉ

16 mars — 31 juillet 1899

Clinique médicale : M. Combemale, professeur. — Leçons cliniques, les mardi, jeudi, samedi, à 8 heures 1/2, à l'Hôpital de la Charité. (Grand amphithéâtre).

Clinique chirurgicale : M. Dubar, professeur. — Leçons cliniques, les lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2, à l'Hôpital de la Charité. (Amphithéâtre de chirurgie).

Clinique obstétricale : M. Gaulard, professeur. — Leçons cliniques, les lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à l'Hôpital de la Charité. (Amphithéâtre d'accouchement).

Physiologie : M. Wertheimer, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté. (Amphithéâtre n° 2).

Pathologie interne et pathologie expérimentale : M. Leroy, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à la Faculté à 11 heures 1/2. (Amphithéâtre n° 3).

Pathologie externe : M. Baudry, professeur — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, à la Faculté. (Amphithéâtre n° 3).

Bactériologie et Thérapeutique expérimentale : M. Calmette, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures 3/4, à la Faculté. (Amphithéâtre n° 3).

Médecine légale : M. Castiaux professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 11 heures 1/2, à la Faculté. (Amphithéâtre n° 3).

Histoire naturelle : M. Moniez, professeur. — Lundi, jeudi, samedi, à 9 heures 1/4, à la Faculté. (Amphithéâtre n° 5).

Chimie organique : M. Lambling, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté. (Amphithéâtre n° 4).

Matière médicale : M. Morelle, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures 3/4, à la Faculté. (Amphithéâtre n° 4).

Physique médicale : M. Doumer, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. (Amphithéâtre n° 5).

Cours complémentaires

Médecine opératoire : M. Carlier, chargé du cours. — Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures. (Amphithéâtre n° 1).

Clinique chirurgicale des enfants : M. Phocas agrégé libre, chargé du cours. — Visites et conférences au lit du malade, tous les jours, à 10 heures 1/2. — Leçons, mardi, vendredi, à 10 heures 1/2, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Maladies des enfants et Syphilis infantile : M. Ausset, agrégé, chargé du cours. — Mercredi, samedi, à 10 heures 1/2, à l'Hôpital Saint-Sauveur. (Grand amphithéâtre).

Conférences de MM. les Agrégés
(Décret du 30 Juillet 1896)

Conférence de Pharmacie : M. Deroide, agrégé. — Lundi, à 10 heures 1/2. (Amphithéâtre n° 4).

Conférences du Laboratoire des cliniques : M. Carrière, agrégé — Jeudi, à 10 heures 1/2, à l'Hôpital de la Charité,

Conférences de Physiologie : M. BÉDART, agrégé. — Lundi, vendredi, à 5 heures. (Amphithéâtre n° 2).

Conférences de MM. les Chefs de Travaux

Conférences de Physique : M. DEMEURE.—Mercredi, vendredi, à 10 heures 1/2. (Amphithéâtre n° 5).

Exercices pratiques

Exercices pratiques de Physique : M. DEMEURE, chef des travaux de physique. -- Mercredi et jeudi, de 2 à 4 heures, au laboratoire des travaux pratiques de physique.

Travaux pratiques de Médecine opératoire : M. COUSIN, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 3 heures 1/2, à l'amphithéâtre de dissection.

Travaux pratiques de Physiologie : M. BÉDART, agrégé, chef des travaux. — Mardi et jeudi, de 2 à 3 h., au laboratoire des travaux pratiques de physiologie.

Travaux pratiques d'Histologie : M. D'HARDIVILLIER, préparateur.— Lundi, vendredi, de 2 à 4 heures.

Travaux pratiques de Micrographie et d'Histoire naturelle : M. FOCKEU, chef des travaux d'histoire naturelle. — Lundi, de 2 à 4 heures, samedi, de 7 h. 1/2 à 9 h. 1/4, au laboratoire des travaux pratiques d'histoire naturelle.

Manipulations pharmaceutiques : M. DEROIDE, agrégé, chef des travaux chimiques. — Mercredi, samedi, de 2 à 5 h., au laboratoire des travaux pratiques de chimie.

Travaux du Laboratoire des cliniques : M. CARRIÈRE, agrégé, chef du laboratoire. — Tous les jours, de 9 h. 1/2 à midi, au laboratoire des cliniques.

Travaux pratiques de Bactériologie : M. DELÉARDE, agrégé, chef des travaux. — Mardi et jeudi, de 2 à 4 heures, à l'Institut Pasteur.

Travaux pratiques de Chimie organique : M. CARRETTE, chef des travaux. — Lundi, mercredi, vendredi, samedi, de 2 à 5 heures, au laboratoire des travaux pratiques de chimie organique.

Cours annexe.

Cours d'accouchement pour les élèves sages-femmes : M. GAULARD, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., à l'hôpital de la Charité.

Cours libre

Cours de pathologie mentale : M. KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Armentières. — Mardi, jeudi, à 2 heures, à la Faculté ; le dimanche, pendant l'été, à 9 h., à l'asile d'Armentières.

***

Voici, dressé à l'usage des étudiants, l'horaire des cours et exercices pratiques que, durant le semestre d'hiver de l'année scolaire qui commence, ils sont tenus de suivre, d'après leurs années d'études.

Année scolaire 1898-1899

TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

DU 3 NOVEMBRE 1898 AU 15 MARS 1899

Première année de Médecine (*Nouveau régime*)

LUNDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie . . .	à 2 heures.
	Travaux de disection. . . .	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie.	de 5 à 6 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférence d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/2 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie. . . .	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie.	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clin. médic ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 2 à 3 h.
	Travaux de dissection. . . .	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie. . . .	à 2 heures.
	Travaux de dissection.	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie.	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 2 h. a 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Deuxième année de Médecine (*Nouveau régime*)

LUNDI	Clin. méd. ou clin. chirurg. .	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie.	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie . . .	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h à 5 h.
	Cours d'anatomie.	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection . . .	de 2 h à 5 h.
	Cours d'anatomie.	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4

Troisième année de Médecine (*Nouveau régime*)

LUNDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. d'anat. pathol	de 2 h. à 4 h.
	Cours théorique d'accouchem	de 4 h. à 5 h.
	Cours de parasitologie	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. méd. ou clin. chirurgie.	de 9 h. à 11 h.
	Cours d'anatomie pathologique	de 4 h. à 5 h.
MERCREDI	Clin. méd. ou clin chirurgie.	de 9 h. à 11 h.
	Trav. prat. d'anat. pathol.	de 2 h. à 4 h.
	Cours théorique d'accouchem.	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.

JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Cours d'anatomie patholog.	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de thérapeutique.	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. de parasitologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours théorique d'accouchem.	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Cours de pathologie générale.	de 4 h. à 5 h.
	Conférences de thérapeutique.	de 5 h. à 6 h.
	Cours de parasitologie	de 6 h. à 7 h.

Quatrième année de Médecine (*Nouveau régime*)

LUNDI	Clinique ophtalmologique.	à 9 heures.
	Trav. prat. d'anat. pathol.	de 2 h. à 4 h.
	Cours théorique d'accouch.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Clin. des mal. des voies urin.	à 10 heures.
	Leçon pr. au lab. d'hygiène	à 2 heures.
	Cours d'anatomie pathol.	de 4 h. à 5 h.
MERCREDI	Conf. de patholog. interne	de 6 h. à 7 h.
	Clin. des mal. cut. et syphil.	à 10 heures.
	Trav. prat. d'anat. pathol.	de 2 h. à 4 h.
	Cours théorique d'accouch.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Clinique ophtalmologique.	à 10 heures.
	Cours d'hygiène	de 3 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie patholog.	de 4 à 5 h
	Confér. de thérapeutique	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clin. des mal. des voies urin.	à 10 heures.
	Trav. prat. de chimie	de 2 h. à 4 h.
	Cours théor. d'accouchem.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
	Conf. de patholog. interne	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Cliniq. des mal. cut. et syphil.	à 10 heures.
	Cours d'hygiène	de 3 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie patholog.	de 4 h. à 5 h.
	Conférence de thérapeutique	de 4 h à 5 h.

Quatrième année de Médecine (*Ancien régime*)

LUNDI	Clinique ophtalmologique.	à 9 heures.
	Trav. prat. d'anat. pathol.	de 2 à 4 h.
	Cours théor. d'accouchem.	de 4 à 5 h.
MARDI	Clin. des mal. des voies urin.	à 10 heures.
	Leçon pr. au lab. d'hygiène.	à 2 heures.
	Cours d'anatomie patholog.	de 4 à 5 heures.
MERCREDI	Clin. des mal. cut. et syphil.	10 heures.
	Trav. prat. d'anat. pathol.	de 2 h. à 4 h.
	Cours théor. d'accouchem.	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 à 7 h.
JEUDI	Clinique ophtalmologique.	à 10 heures.
	Cours d'hygiène	de 3 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie patholog.	de 4 h. à 5 h
	Confér. de thérapeutique	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clin. des mal. des voies urin.	à 10 heures.
	Cours théor. d'accouchem.	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. des mal. cut. et syphil.	à 10 heures.
	Cours d'hygiène	de 3 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie patholog.	de 4 h. à 5 h.
	Conférence de thérapeutique	de 5 h. à 6 h.

Les élèves de 1re, 2e et 3e années de Doctorat sont, au début de chaque semestre, en ce qui concerne les cliniques, partagés en deux groupes, dont l'un est attaché à la clinique médicale et l'autre à la clinique chirurgicale.

Première année de Pharmacie

LUNDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie minér.	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
	Cours de parasitologie	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Cours d'histoire nat. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie minér.	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
VENDREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Cours de parasitologie	de 6 h. à 7 h.

Deuxième année de Pharmacie

LUNDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
	Cours de parasitologie	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
VENDREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Cours de parasitologie	de 6 h. à 7 h.

Troisième année de Pharmacie

LUNDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. d'hist. naturelle	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
	Cours de parasitologie	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux prat. de physique	de 2 h. à 4 h.
MERCREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de pharmacie.	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Trav. prat. de physique	de 2 h. à 4 h.
VENDREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Travaux pratiques de chimie	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale.	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Trav. prat. d'histoire natur.	de 8 h. à 11 h.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Trav. prat. de pharmacie	de 2 h. à 5 h.
	Cours de parasitologie	de 6 h. à 7 h.

***

En résumé, pour les **étudiants en médecine**, le matin est consacré à l'hôpital : hormis les étudiants de 4me année qui font leur stage officiel dans les cliniques spéciales de dermatologie, ophtalmologie, des voies urinaires l'hiver, des maladies des enfants, d'accouchements l'été ; c'est dans les services de chirurgie et de médecine de l'hôpital Saint-Sauveur en hiver, de la Charité en été, que se passe la matinée.

L'après-midi, l'enseignement se donne à la Faculté : Les étudiants de 1re année reçoivent l'enseignement de l'anatomie et de l'histologie en hiver, à raison de 9 heures de cours et de 9 heures de travaux pratiques par semaine, de la physique biologique, de la physiologie, de la pathologie interne et de la pathologie externe à raison de 12 heures de cours et 10 heures de travaux pratiques par semaine.

Les élèves de 2e année ont les mêmes obligations que ceux de 1re année, à cela près que la chimie biologique leur est enseignée l'été au lieu de la physique biologique, et que la durée des travaux pratiques s'élève, l'hiver, à 12 heures, l'été à 11 heures par semaine.

Les étudiants de 3e année reçoivent, l'hiver, l'enseignement de l'anatomie pathologique, de la parasitologie et de

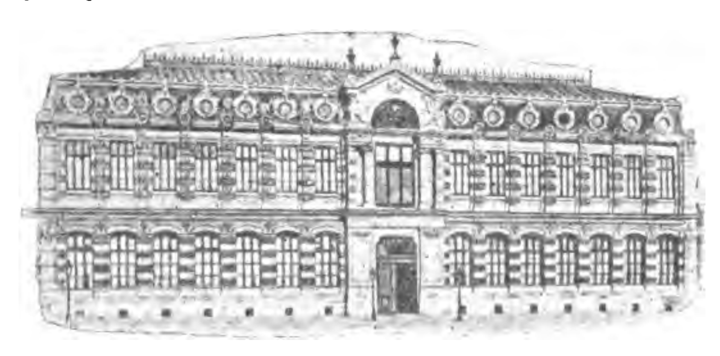
la théorie des accouchements avec 9 heures de cours et 6 heures de travaux pratiques. En été, la médecine opératoire, la pathologie interne, la pathologie externe, la bactériologie et la thérapeutique leur sont enseignées en 12 heures de cours et 6 heures de travaux pratiques.

Les étudiants de 4e année sont astreints à suivre, en hiver, les cours d'hygiène, de chimie appliquée à l'étude des médicaments et à la toxicologie, d'anatomie pathologique et la théorie des accouchements, en été, les cours de thérapeutique, de médecine légale, de pathologie interne, de pathologie externe, d'histoire naturelle, et de ce chef ont, par semaine, 12 heures de cours et 9 heures de travaux pratiques l'hiver ; 15 heures de cours et de 2 à 6 heures de travaux pratiques l'été, suivant les autopsies médico-légales qui se présentent.

Pour les **étudiants en pharmacie,** pendant l'hiver, la physique, la chimie minérale, la zoologie est enseignée, à ceux de 1re année, en 9 heures de cours et 3 heures de travaux pratiques par semaine.

Aux étudiants de 2e année, c'est en 12 heures de cours et 6 heures de travaux pratiques par semaine, qu'est donné l'enseignement de la physique, la chimie minérale, la zoologie, la pharmacie.

Quant aux étudiants de 3e année, la physique, la chimie minérale, la zoologie et la pharmacie occupent chaque semaine 12 heures de cours et 11 heures de travaux pratiques.



RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX A L'USAGE DES ÉTUDIANTS

Les renseignements généraux à l'usage des étudiants se trouvant tout au long dans le **Livret de l'Étudiant**, petit volume de 80 pages, publié sous les auspices du conseil de l'Université, nous renvoyons les lecteurs que ces renseignements intéresseraient à cette utile publication éditée chez Le Bigot, 25, rue Nicolas-Leblanc, Lille

Nous retenons seulement les suivants, d'un intérêt plus général ou moins connus :

Immatriculation. — Tout étudiant est soumis à l'immatriculation. Sont immatriculés d'office les étudiants qui prennent les inscriptions trimestrielles prévues aux règlements spéciaux des grades institués par l'Etat. Les autres étudiants sont immatriculés sur la production des pièces réglementaires.

Ces derniers acquittent un droit *annuel* d'immatriculation de 20 fr. et un droit *annuel* de bibliothèque de 10 fr.

Les étudiants immatriculés sont seuls admis aux travaux de la Faculté.

Une carte est délivrée à tout étudiant immatriculé.

Elle ne vaut que pour l'année scolaire.

Elle doit être renouvelée chaque année contre remise de la carte de l'année précédente.

***

— Pour obtenir le diplôme de Docteur en Médecine, les Officiers de santé en exercice doivent subir les épreuves des 3e et 5e examens de Doctorat et de la Thèse (Décret du 31 juillet 1893). Ils sont astreints à acquitter au préalable tous les droits des baccalauréats, des inscriptions et des examens dont ils sont dispensés.

Ce décret est toujours en vigueur, et les officiers de santé ont et auront toujours le droit de faire la transformation de leur titre, à leur moment, sous les conditions ci-dessus énoncées.

ATTESTATIONS D'ÉTUDES SUPÉRIEURES

Diplômes honorifiques

Un certificat d'études supérieures pour une des branches de l'enseignement médical peut être délivré par le Conseil de la Faculté, sur la proposition du professeur chargé de l'enseignement correspondant, à toute personne qui, sans avoir en vue un grade universitaire, aura accompli une durée d'études déterminée sous la direction de ce professeur.

Ce certificat ne confère d'ailleurs aucun droit légal.

Le principe de la création d'un diplôme honorifique a aussi été adopté par le Conseil de l'Université dans sa séance du 23 décembre 1896. Le titre dudit diplôme et les prérogatives qu'il conférera n'ont pas encore été déterminés ; mais les règlements des Universités les prévoient (Décret du 21 juillet 1897, art. 11) et en consacrent le principe, avec quelques restrictions.

ÉQUIVALENCE DE GRADES

Les *médecins* étrangers qui postulent le grade de docteur en médecine dans nos Facultés françaises, peuvent obtenir la dispense partielle ou totale des inscriptions, la dispense partielle des examens leur est accordée ; cette dispense ne peut en aucun cas porter sur plus de trois épreuves.

Ces avantages ne sont accordés qu'à titre onéreux.

Les *pharmaciens* étrangers qui postulent le grade de pharmaciens dans nos Facultés françaises, peuvent obtenir la dispense totale du stage officinal, de l'examen de validation de stage, la concession des douze inscriptions et la dispense des examens de fin d'année et semestriels. Ils ont toujours a subir les trois examens probatoires, les avantages ne sont accordés qu'a titre onéreux.

Les *sages-femmes* reçues à l'étranger peuvent de même obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité. Mais elles doivent subir les examens prévus par ce grade.

BOURSES

Les bourses d'études en vue du titre de docteur en médecine et en vue du titre de pharmacien de première classe sont données au concours, et pour une année.

Elles sont de 1200 francs.

Le concours a lieu, chaque année, au siège de la Faculté, dans la quatrième semaine d'octobre. Il comprend uniquement des épreuves écrites. Trois heures sont accordées pour ces épreuves. Le sujet à traiter est, pour chaque année d'étude, commun à tous les candidats des diverses Facultés de médecine de France et est envoyé directement sous pli cacheté par le ministère de l'Instruction publique.

SECOURS ET SUBVENTIONS DU DÉPARTEMENT ET DE LA VILLE, TENANT LIEU DE BOURSES

Le département du Nord alloue, après concours, et au fur et à mesure des extinctions, à trois étudiants en médecine et à un étudiant en pharmacie, des subventions individuelles de 1.000 fr. par an.

Douze élèves sages-femmes jouissent également, après concours, de subventions individuelles de 500 fr., accordées par le département.

La ville de Lille accorde, de son côté, des subventions et secours, en nombre variable, et s'élevant de 300 à 600 fr., à divers élèves de la Faculté.

INTERNAT ET EXTERNAT DES HOPITAUX

Un certain nombre de places d'Internes et d'Externes des hôpitaux sont dévolues, après concours, à des étudiants de la Faculté. Les uns et les autres sont nommés pour trois ans.

Un concours est ouvert, chaque année, dans les derniers jours de novembre, par les soins de l'Administration des hospices de Lille, à l'effet de pourvoir aux emplois de cette nature devenus vacants.

L'importance de ces concours ne peut échapper aux étudiants, pour qui l'obtention de ces titres est l'occasion d'efforts sérieux, et les fonctions, que ce titre appelle à remplir, sont un commencement de vie de praticien avec la plupart de ses responsabilités, en même temps qu'une occasion de contact immédiat et de tous les instants avec le malade. Aussi, les candidatures sont-elles chaque année plus nombreuses, les épreuves chaque année plus sérieuses. Le titre est ambitionné, non pour la modeste rétribution qu'il comporte, mais pour l'école à laquelle l'étudiant se trouve ainsi.

Nous publions ci-après une étude de M. le docteur PAINBLAN, ex-interne des hôpitaux, sur l'internat à Lille. Nous le croyons de nature à intéresser bien de nos lecteurs.

L'INTERNAT A LILLE

par **E. PAINBLAN**, ancien Interne des hôpitaux

Il m'a paru intéressant de réunir les quelques notes, éparses dans les Archives des hospices, qui ont trait à l'Internat, et de les grouper en une brève revue d'ensemble; de faire, en un mot, l'historique succinct de l'Internat. Chemin faisant, j'ai trouvé quelques renseignements concernant l'organisation des cours médicaux à Lille dans la première moitié du siècle. J'ai pensé cependant qu'il était indispensable de les signaler, car leur histoire est liée à celle de l'Internat.

En vertu de l'article 15, titre III, de la loi du 19 nivôse an XI, relative à l'exercice de la médecine, l'Administration des hospices de Lille, « *jalouse de concourir, autant » qu'il était en elle, à l'instruction publique,* » a institué des cours gratuits à l'hôpital Saint-Sauveur en faveur des jeunes gens qui se destinaient à la profession d'officier de santé.

Trois cours furent établis :

Le premier, de clinique médicale, professé par M. DOURLEN, médecin en chef; le deuxième, de clinique chirurgicale, par M. VANDERHAGHEN, chirurgien titulaire; le troisième, d'opérations, par M. PIONNIER, chirurgien consultant.

La même loi du 19 nivôse an XI exemptait les élèves d'étudier dans les Écoles de médecine quand ils avaient suivi pendant cinq années consécutives la pratique des hôpitaux.

L'article 9 du Règlement du service de santé de Saint-Sauveur, établi le 5 germinal an XI, dispose que « *tous les » ans, c'est-à-dire à la fin de chaque cours, les élèves les » plus instruits soutiendront une thèse sous la prési- » dence de leurs professeurs respectifs.* »

» *Les noms des élèves qui se seront le plus distingués » seront transmis aux autorités supérieures et au ministre » de l'Intérieur. Des prix leur seront décernés.* »

Tous les élèves étaient tenus de se présenter aux examens sous peine d'être privés de leurs droits aux certificats d'inscription et de n'être plus admis à suivre les cours.

Ce sont là les principales dispositions qui régissent les études de médecine à Lille au commencement du siècle. Les règlements ne signalent pas la présence d'internes et d'externes à cette époque. Cependant, dès ce moment, des élèves en remplissaient les fonctions et étaient attachés spécialement au service des salles. On peut les considérer comme les devanciers des internes actuels. On relève, en effet, que, dans ses séances des 25 et 30 frimaire an XII, l'Administration a infligé des punitions aux deux élèves en chirurgie de l'Hôpital-Général.

« *Ces deux élèves ont été privés de leurs chambres et » avantages dont ils jouissaient en raison de leurs fonc- » tions, pour refus de se conformer aux règlements de » la Maison.* »

A cette époque lointaine, l'Administration, *alma mater*, frappait déjà durement. Mais, si elle était sévère, elle était juste, empressons-nous de le proclamer, car, dans ses séances des 22-27 floréal de la même année, elle accordait une récompense à l'élève DEVRAI, qui avait obtenu le premier prix au cours de clinique médicale dirigé par M. DOURLEN à Saint-Sauveur.

A dater de cette époque et pendant un temps assez long, on ne trouve plus trace de l'Internat. Les cours se continuent cependant régulièrement, et on en augmente le

nombre. Sur la demande des professeurs et par sa délibération du 17 brumaire an XIII, l'Administration ajoute aux cours de clinique les cours de chimie et de matière médicale.

En 1812, le préfet décide l'adjonction d'un cours élémentaire de médecine, professé dans les hospices de Lille, mais on ne voit pas quelle suite a été donnée à cette décision. Les événements qui suivirent firent sans doute perdre de vue l'arrêté dont il s'agit.

Cependant les pièces du dossier des hospices nous apprennent que, sous la Restauration, les cours de clinique établis à Lille ont été soumis au régime des écoles secondaires de médecine en conformité de l'ordonnance royale du 18 Mai 1820. Un peu plus tard le règlement du 16 Avril 1822 prévoit la nomination de quatre élèves en chirurgie choisis par l'Administration.

Mais il nous faut attendre encore près de dix ans pour avoir des renseignements précis sur les élèves internes. Par délibération du 13 Septembre 1831, approuvée par le préfet le 19 Octobre suivant, l'Administration décide que quatre élèves seront attachés au service de l'hôpital Saint-Sauveur. Ils seront nourris, blanchis, chauffés et éclairés. Les deux premiers recevront de plus 60 francs par an.

Deux ans plus tard, suivant délibération du 25 Juin 1833, l'Administration des hospices, de concert avec la municipalité, établit officiellement des cours de clinique à l'hôpital Saint-Sauveur. Le professeur est choisi parmi les officiers de santé de la maison, ses honoraires sont supportés par la ville et le local est fourni par les hospices.

Cette décision prouve qu'avant 1833, les cours n'étaient que tolérés ; à partir de cette époque, ils sont créés officiellement sous le patronage de la municipalité. C'est là un commencement d'organisation.

C'est à la même époque qu'on constitue le premier Concours d'Internat.

Par sa délibération du 9 Septembre 1834, approuvée par la préfecture le 20, l'Administration organise le concours public pour la nomination des élèves en chirurgie.

L'Administration nommait les élèves sur la proposition du jury. Celui-ci était formé par les deux médecins et le chirurgien de Saint-Sauveur.

Ce n'était pas précisément le concours tel qu'on le comprend aujourd'hui. C'était une sorte d'examen de fin d'année, une composition entre les élèves pour la désignation de ceux qui pouvaient être attachés au service de l'Administration.

Le nombre des élèves fut porté à huit pour Saint-Sauveur : deux étaient logés, nourris, chauffés, éclairés et blanchis. Ils recevaient 60 francs par an chacun. C'étaient les internes. Les six autres n'étaient pas rétribués ; ils étaient externes.

Ces dispositions concernaient les élèves de Saint-Sauveur. Ceux de l'hôpital général, au nombre de quatre, étaient régis par des dispositions particulières relatées dans la délibération du 24 Septembre 1833. Nommés et pouvant être révoqués par l'Administration, ils étaient à la disposition du médecin chef, qui les proposait après concours. Le premier recevait 60 francs par an : le deuxième, 36 ; le troisième et le quatrième, 27 francs. Ils avaient en outre les mêmes avantages matériels que leurs collègues de Saint-Sauveur. Ils devaient assister aux cours qui avaient lieu à l'hôpital militaire.

La situation devait rester telle jusqu'à la création de l'École de médecine. Cette création n'alla pas sans quelques difficultés.

Au mois de septembre 1843, le Conseil municipal, s'inspirant des dispositions de l'ordonnance royale du 13 octobre 1840, avait voté la création à Lille d'une école préparatoire de médecine. Mais la ville ne put se mettre d'accord avec les hospices et l'école ne fut créée que par décret du 12 août 1852.

Au début, le cours théorique fut fait dans un local de la rue des Fleurs, le cours pratique à St-Sauveur. L'amphithéâtre de dissection, primitivement installé place aux Bleuets, dans une annexe de l'hôpital militaire, fut transféré en 1854, dans un bâtiment construit par l'Administration des Hospices, rue des Moulins-de-Garance.

A cette époque, les services affectés à l'enseignement étaient nettement séparés des autres services de l'hôpital et étaient desservis par un personnel spécial.

En effet, le 30 juin 1854, l'Administration délibère qu'il y aura à St-Sauveur deux internes, cinq externes et trois externes suppléants ; un interne et deux externes seront attachés aux services de clinique.

Un interne, trois externes et trois externes suppléants aux services hospitaliers proprement dits. Il semble qu'à cette époque le concours ait cessé d'exister, car nous voyons que les internes et externes attachés aux services ordinaires étaient nommés par l'Administration, sur la proposition de médecins des salles ; l'interne et les externes attachés aux services de clinique étaient également nommés par l'Administration sur la proposition des professeurs de l'École.

Les internes touchaient 60 francs par an et jouissaient de tous les avantages prévus par la délibération de 1834. Les externes titulaires touchaient 180 francs par an. Les externes suppléants n'étaient pas rétribués.

Dans son rapport annuel, le Directeur de l'École de médecine, ne cessait de demander la mise au concours

public des places d'élèves attachés aux hôpitaux. Une demande plus pressante, datée du 26 novembre 1859, fut énergiquement repoussée par l'Administration, qui déclara ne pas vouloir abandonner à un jury les prérogatives qu'elle tenait de la loi du 7 août 1851. Elle finit cependant par céder après une longue résistance. Par sa délibération du 19 décembre 1863, approuvée à la préfecture le 23 mars 1864, elle organisa le concours public.

Le nombre des places d'interne fut porté à huit, dont six à Saint-Sauveur. La durée de l'Internat était fixée à deux ans. Au mois de novembre de chaque année, on mettait au concours quatre places de titulaires et deux places de provisoires.

Sur la proposition d'un jury, composé de professeurs de l'École, les internes étaient nommés par l'Administration et ils pouvaient être révoqués par elle.

Sur les six internes affectés à Saint-Sauveur, les deux premiers jouissaient de tous les avantages accordés à leurs prédécesseurs, et les quatre autres, nourris seulement leurs jours de garde, avaient un traitement de 400 francs par an. Les fonctions d'externe rétribué furent supprimées.

Un concours de fin d'Internat avait lieu tous les ans entre les titulaires, et l'Administration décernait un prix d'une valeur de 80 francs à l'élève classé le premier. Ce concours devait durer jusqu'en 1882. A cette époque, il fut supprimé par manque de concurrents.

Il fallait justifier de douze inscriptions pour être admis à se présenter à l'Internat. Par décision du 14 janvier 1865, ce nombre fut réduit à huit.

Les délibérations du 4 août 1866 et du 6 février 1869 portèrent le nombre des internes à douze, dont quatre à l'hôpital général, huit titulaires et deux provisoires à Saint-Sauveur. Une place de premier interne fut créée à Saint-Sauveur. Cet interne chef jouissait des avantages matériels rappelés plus haut et recevait de plus 400 francs par an.

Les autres internes n'étaient plus logés, nourris seulement leurs jours de garde, ils recevaient 400 fr. par an.

Entre temps, la délibération du 30 novembre 1867 avait fixé la composition du jury, qui comprenait trois membres pris parmi les médecins des hôpitaux et les professeurs de l'école.

Les choses restèrent à peu près en l'état jusqu'à la création, à Lille, de la Faculté de médecine. Les dispositions réglementaires concernant les internes et les externes durent être alors profondément modifiées.

Nous trouvons, en 1880, quatre internes à l'hôpital de la Charité. Ces internes étaient tous logés. Moyennant l'abandon des 400 francs qui constituaient leur traitement, augmentés d'un léger supplément, ils étaient nourris par l'hôpital. Cet état de choses était éminemment favorable aux internes; malheureusement il ne devait pas tarder à être supprimé, et vers 1882, l'interne était nourri son seul jour de garde et touchait 400 francs par an.

Des modifications nouvelles se produisirent encore dans le régime de l'Internat.

En 1886, nous trouvons :

Quatre internes à St-Sauveur : un à la clinique médicale; un à la clinique chirurgicale; un à la clinique dermato-syphiligraphique; un aux services des enfants.

Trois internes à la Charité : un à la clinique médicale; un à la clinique chirurgicale; un à la clinique obstétricale.

Il n'y a plus d'internes à l'hôpital général. Il faut justifier de huit inscriptions pour se présenter au concours annuel. Les internes, nommés pour deux ans, reçoivent la première année 800 fr., la seconde 900.

Les professeurs de la Faculté se plaignaient à juste titre de l'insuffisance numérique des internes, et lorsque, dans les premiers jours de décembre 1890, l'Administration fit afficher les conditions du concours, ils réclamèrent une augmentation du nombre des places.

L'Administration accéda à la demande des professeurs, recula le concours jusqu'à la fin de décembre et de sept porta à onze le nombre des internes. Mais en même temps elle diminua le traitement qui tomba de 800 et 900 francs à 550 et 650 francs.

Les internes de 2e année qui comptaient à bon droit sur les anciennes conditions, protestèrent énergiquement et l'Administration fit droit à leur juste réclamation en leur accordant à la fin de leur année une gratification de 250 fr.

Il y eut alors à cette époque, et cet état de choses devait durer jusqu'en 1894, six internes à St-Sauveur et cinq à la Charité.

En 1894, une place fut créée à l'hôpital général, ce qui porta le nombre des internes à douze.

Quelques mois plus tard, l'Administration fixa la durée de l'internat à trois ans, le traitement fut augmenté et porté à 650, 700 et 800 francs.

En même temps elle fondait une place d'interne pour le pavillon de la diphtérie, qui venait d'être construit.

Au concours de décembre 1895, elle ajoutait deux nouvelles places à St-Sauveur et, enfin, en 1897, un second interne était installé à l'hôpital général.

Il existe donc en ce moment seize internes titulaires qui se répartissent ainsi : neuf à St-Sauveur : un à la clinique médicale : deux à la clinique chirurgicale ; un à la clinique dermato-syphiligraphique; un à la clinique médicale infantile; un à la clinique chirurgicale infantile; un à la clinique des voies urinaires; un au pavillon de la diphtérie; un au service des filles publiques.

Cinq à la Charité : un à la clinique médicale; deux à la clinique chirurgicale; un à la clinique obstétricale; un aux pavillons Victor Olivier.

Deux à l'hôpital général : un au service de médecine; un au service de chirurgie.

Le service des pavillons d'isolement doit être confié au premier provisoire.

Toutes les places sont mises au concours public, et le jury, présidé par un membre de la Commission administrative des hospices, se compose de professeurs et agrégés de la Faculté. L'Administration nomme sur sa proposition.

Les internes de l'hôpital général et l'interne du pavillon du croup sont logés et nourris à l'hôpital.

Les autres internes ne sont nourris que lorsqu'ils sont de garde.

Nos élèves ont d'autres débouchés que les hôpitaux de Lille pour y faire quelques mois ou quelques années d'internat. Les asiles d'aliénés de Bailleul et d'Armentières, dans le Nord ; de Saint-Venant, dans le Pas-de-Calais; de Prémontré, dans l'Aisne, demandent leurs internes à notre Faculté.

Le sanatorium de Berck-sur-Mer a aussi recours à nos élèves pour remplir les fonctions d'internes.

Enfin certaines villes, telles que Tourcoing, Laon, Montreuil-sur Mer, Dunkerque, Lens, Arras, ont leurs services d'internat dans les hôpitaux occupés par des élèves de la Faculté de Lille.

LISTE

DES

ANCIENS INTERNES ET INTERNES DES HOPITAUX DE LILLE

au 1er Novembre 1898

MM.

Baeckroot (1842), Ghyvelde (N.).
Baelde (1844).
Baelde (1873).
Baude (1874), Douai.
Baude (1887), Arras.
Bauduin (1837).
Bauduin (1844).
Béale (1843), Ostreville.
Bécour (1864), Fives.
Becquet (1835).
Bellard (1880), Médecin de marine.
Benoist (1878), La Madeleine.
Bernard (1864).
Bernard (1868).
Bilhouet (1882), Lille.
Billoire (1848), décédé.
Billot (1871).
Blond (1859), Merville (Nord).
Bouchard (1842).
Boulinguiez (1881), Hénin-Liétard (P.-de-C.).
Boulogne (1894), Valenciennes (Nord).
Bouly (1852).
Bouly (1868), Arleux (Nord).
Bourdon (1883), Bousies (Nord).
Bourgain (1867), Boulogne (P.-d-C.)
Boutry (1859), Marquise (P.-de-C.)
Boutry (1866), Lille.
Breynart (1873), Dunkerque.

MM.

Bricourt (1864), Hasnon (Nord).
Brulant (1885), Vendin-le-Vieil (P.-de-C.).
Brunelle (1886), Lens (P.-de-C.).

Caffiaux (1863).
Camus (1867).
Capon (1868), Transloy (P.-de-C.).
Carette (1890), Saint-Pol-sur-Ternoise (P.-de-C.).
Caron (1878), Lille.
Carpentier (1836).
Carpentier (1865), Onnaing (N.).
Cauchy (1856), décédé.
Caudrelier (1878), Tourcoing.
Caulier (1871), Saint-Quentin.
Caumartin (1895), Interne en exercice.
Chatelin (1897), Interne en exercice.
Chotin (1879), Lille.
Choteau (1859), Lille.
Choteau (1886), Thiant (Nord).
Cloez-Damasse (1874).
Cocheteux (1850), Valenciennes.
Colas (1880), Lille.
Colle (1889), Lille.
Coquard (1883).
Coubronne (1872), Hem (Nord).
Couvreur (1863), Seclin.
Crépin (1891), Origny (Aisne).

MM.

Crétien (1861).
Curtis (1881), Lille.

Dassonville (1894), Albert (Somme).
Dauchy (1870).
Dautricourt (1868), Wattignies (Nord).
Decaestekère (1867).
Decaster (1851), Boeschèpe (N.).
Decouvelaere (1878), Hazebrouck.
Decrocq (1840).
Defaux (1893), Lille.
Defontaine (1877), Maubeuge (Nord).
Deglave (1864).
Degroote (1845), Caestre (Nord).
Delannoy (1874), Boulogne (P.-de-C.).
Delannoy (1887), décédé.
Deléarde (1893), Lille.
Delcroix (1875), Annœullin (N.).
Delezenne (1890), Montpellier.
Delforge (1871).
Delmotte (1878), Lille.
Deloiseau (1838).
Deltour (1863), Cousolre (Nord).
Demay (1890), Seclin (Nord).
Demon (1862), décédé.
Descamps (1867).
Descarpentries (1873), Pérenchies (Nord).
Deseure (1845).
Despretz (1860), Tourmignies (Nord).
Desprez (1854), Pont-à-Marcq (Nord).
Desuet (1891), Hersin-Coupigny (P.-de-C.).
Devauchelle (1895), L'Étoile (Somme).
D'Hour (1892), Lille.
Druesne (1877), Roubaix.
Dubar, Louis (1872), Lille.
Dubar, Georges (1877), Paris.
Dubiquet (1888), décédé.
Dubois, H. (1863), décédé.
Dubois (1896), Interne en exercice.
Duflos (1894), décédé.
Duflot (1873), Sin (Nord).
Dumont (1885), Mons-en-Barœul (Nord).
Dugardin, Paris.
Dupar (1873), Hérin (Nord).
Dupont (1857).
Duprez (1858), Roquetoire (P.-de-C.)
Dupuis (1838).
Duray (1857).
Duval (1891), St-Omer (P.-de C.).

Féolde (1883), Fontenay-sous-Bois (Seine).
Féolde (1885).
Fibrisch (1879), Ile Maurice.
Fiévet (1891), décédé.
Fleury (1891), Béthune (Pas-de-Calais).
Flaureu (1863).
Fontaine (1873), Saint-Aubert (Nord).

MM.

François (1890), Valenciennes.
Fromont (1888), Bruyères (Vosges).

Gallois (1895), Lille.
Gaudier (1889), Lille.
Gaudier (1891), Beauvois (Nord).
Gérard (1895), Lille.
Gœthals (1881), Malo-les-Bains (Nord).
Gras (1862).
Grawez (1869).
Gros (1881).
Guermonprez (1871), Lille.
Gugelot (1893), Waziers (Nord).

Hennetou (1875), Mortagne (Nord).
Henri (1889).
Henry (1883), Paris-Neuilly.
Herbaut (1868).
Herbaux (1872), Annœullin (Nord).
Heynaert (1870).
Hèze (1897), Interne en exercice.
Hochstetter (1880), Lille.
Honnaert (1850), Lille.
Huart (1863), Beaurevoir (Aisne).

Jacqmarcq (1894), Loos (Nord).
Jacquemars (1863).
Jacquemelle (1891), décédé.
Joland (1889), Dunkerque.
Jourvenil (1835).
Jouvenel (1897), Interne en exercice.
Julien (1896), Interne en exercice.

Labanhie (1870), Lille.
Labit (1877), Médecin militaire.
Lambilliotte (1878), Douai.
Lamblin (1870), Lille.
Lambret (1893), Lille.
Lamotte (1897), Interne en exercice.
Lamy (1892), Frévent (P.-de-C.).
Lautomé (1868).
Leblond (1869).
Lebon (1846).
Leclercq (1860).
Lecœuvre (1849), Orchies (Nord).
Lefebvre (1893), Lille.
Lefort, Hector (1870), Lille.
Lefort, René (1888), Vincennes.
Legay (1851), Lille.
Legrand (1870), Barlin (P.-de-C.).
Legrand (1875), La Bassée (Nord).
Legrand, Omer (1891), Lille.
Lemaire (1850), Le Tréport (Seine-Inférieure).
Lemaire (1860).
Lemaire (1866), Prisches (Nord).
Lemaire (1885), Comines (Nord).
Lens (1871).
Leroy, Charles (1870), Forest (Nord).
Leroy, Arthur (1870), Noyon (Oise).
Lepoutre (1877), Roubaix.
Lesur (1881), Versailles.
Letévé (1883).

MM.
Lober (1871), décédé.
Longueval (1885), Watten (Nord).
Looten (1870), Lille.

Maeght (1862), décédé.
Manoury (1867).
Marcotte (1846).
Marix (1877).
Martin (1877), Cousolre (Nord).
Masset (1892), Arras.
Masson (1884), Marcq-en-Barœul (Nord).
Masure (1891), Œuf (P.-de-C.).
Mayette (1844), décédé.
Mathieu (1861).
Mérieux (1864), Asfeld (Ardennes).
Meurisse (1868), Cysoing (Nord).
Monin (1887), Issy-le-Temple (Oise).
Monnier (1840).
Moreau (1835).
Moraux (1895), Hautmont (Nord).
Mouton (1896), Interne en exercice.
Mullier (1878).

Ortille (1857), décédé

Painblan (1894), Lille.
Paquet, Félix (1870), décédé.
Paquet, Pierre (1895), Interne en exercice.
Pascalin (1872), Saint-Pol-sur-Mer (Nord).
Patoir (1863), Lille.
Patoir (1890), Lille.
Pinteaux (1857), Wavrin (Nord).
Potel (1894), Lille.
Pouillet (1868).

Quint (1884), Lille.

Raviart (1896), Interne en exercice.
Renard (1891), Poix (Somme).
Reniez (1895), Audruicq (P.-de-C.).

MM.
Richard (1877), Lille.
Rigault (1870).
Robin (1867).
Rogeau (1871).
Roland (1880).

Sagot (1894), Samer (P.-de-C.).
Salez (1864).
Sansoen (1866), Hondschoote (N.).
Selle (1869), Raches (Nord).
Surmont (1884), Lille.
Swynghedauw (1885), décédé.

Talfa (1863).
Tersen (1884), Algérie.
Thellier (1863), Hénin-Liétard (P.-de-C.).
Tonnel (1892), La Madeleine (Nord).
Traill (1880), décédé.
Tramblin (1874), Bermerain (N.).
Troupeau (1872).

Vandeputte (1897), Interne en exercice.
Vandercalle (1865).
Vanhersecke (1889), Zeegers-Cappel (Nord).
Verhaeghe (1897), Interne en exercice.
Verhille (1836).
Vigneron (1883), décédé.
Villette (1875), Dunkerque.
Vincent (1864), Pecquencourt (Nord).
Vincent (1867).
Vormier (1849).

Wallaert (1883), Fournes-en-Weppes (Nord).
Wartel (1860), Lys-lez-Lannoy (Nord).
Wartel (1863).
Wathier (1865).
Wattremez (1874), Le Raincy (Seine-et-Oise).
Wyns (1876), Nemours.

PRIX

A la fin de la 1re année de Médecine, il est décerné, après concours, un Prix consistant en une médaille d'argent et 100 fr. de livres; à la fin de la 2e année, un Prix consistant en une médaille d'argent et 100 fr. de livres; à la fin de la 3e année, un Prix consistant en une médaille d'argent et 185 francs de livres; à la fin de la 4e année, un Prix consistant en une médaille d'argent et 185 fr. de livres.

A la fin de la 1re année de pharmacie, le Prix décerné est une médaille d'argent et 30 fr. de livres; à la fin de la 2e année, le Prix décerné est une médaille d'argent et 75 fr. de livres; à la fin de la 3e année, le Prix décerné consiste en une médaille d'or [illegible] 300 francs.

Des Prix, consistant en deux médailles d'or, l'une de 100 fr., l'autre de 50 fr., dus à la libéralité du *Conseil général du Nord*, décernés chaque année aux auteurs des deux meilleures thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année.

Un Prix *Parise* et un Prix *Cazeneuve* de 200 fr. chacun, sont décernés tous les deux ans, alternis annis.

Enfin, la *Société des Amis et Anciens Élèves de l'Université de Lille* a fondé, à la Faculté, un Prix annuel de 100 fr. qui est décerné pour le meilleur travail manuscrit ou imprimé sur un point quelconque des sciences médicales ou pharmaceutiques, produit soit par un étudiant en médecine ayant au moins 12 inscriptions, soit par un étudiant en pharmacie pourvu de 8 inscriptions au moins.

L'*Echo médical du Nord* a publié en temps utile la liste des lauréats pour 1898.

Il reste à compléter en indiquant comment les prix de thèses ont été décernés par le conseil de la Faculté :

1er prix : M. Caplet, **La peste à Lille au XVIIe siècle**;

2e prix : M. Descheemaeker, **Sur l'antisepsie intestinale.**

1re mention : M. Painblan, **Contribution à l'étude du pneumocoque en pathologie oculaire.**

2e mention : M. Laurent, **L'idée fixe et son rôle en pathologie mentale.**

PRÊT D'HONNEUR

Dans le budget municipal de Lille pour 1897 figure une somme de 2.000 francs versée au Conseil de l'Université pour le service de prêt aux étudiants nécessiteux. Les intentions de la Municipalité sont, que l'emploi de ces fonds soit fait par le Conseil de l'Université, à charge d'un compte purement moral, dont le Maire de Lille recevra seul communication chaque année, de la part du président du Conseil.

Pour assurer le fonctionnement facile et discret de cette institution, le Conseil de l'Université a décidé (7 avril 1897) que les professeurs, les doyens, le recteur, l'Administration municipale pourraient servir d'intermédiaire pour les demandes d'emprunt; qu'après enquête rapide, la demande serait soumise à la Commission des finances du Conseil de l'Université ; et qu'après admission, l'étudiant intéressé recevra la somme contre un reçu ainsi libellé :

« Je m'engage sur l'honneur à rembourser au Conseil de l'Université, dès que mes moyens me le permettront, la somme de.... qui m'a été avancée le....

(Noms, qualité, adresse).

ADRESSES :

Administration Académique

M. Margottet, recteur de l'Académie, président du Conseil de l'Université, Hôtel du Maisniel, rue Saint-Jacques, 22, Lille. (Le cabinet de M. le Recteur a son entrée par la rue des Jardins, 29).

M. le Recteur reçoit les mardis et samedis, de 10 heures à 11 h. 1/2 ; et les jeudis, de 2 h. 1/2 à 4 heures.

Les bureaux de l'Académie sont situés à l'Hôtel du Maisniel (entrée par la rue des Jardins). Ils sont ouverts chaque jour, sauf les dimanches et les jours fériés, de 10 heures à 11 h. 1/2 et de 2 h. 1/2 à 4 heures.

M. Peltier, secrétaire de l'Académie, 23, rue Gauthier-de-Châtillon.

Administration de la Faculté de Médecine et de Pharmacie

M. de Lapersonne, doyen, 13, rue Jacquemars-Giélée.

Assesseur : M. Folet, 14, rue d'Inkermann.

M. le Doyen reçoit MM. les Etudiants les mardis, jeudis et samedis, à 4 heures, à la Faculté.

Le secrétariat de la Faculté est ouvert tous les jours non fériés, de 9 heures à midi, et de 2 à 5 heures. Secrétaire : M. Rochette; Commis du secrétariat : M. Hachet ; Appariteur : M. Duval.

Personnel de la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Professeurs :

MM. Barrois, Th., 220, rue Solférino.
Baudry, 14, rue Jacquemars-Giélée.
Calmette, boulevard Louis XIV.
Castiaux, 120, rue Solférino.
Charmeil, 134, boulevard de la Liberté.
Combemale, 128, boulevard de la Liberté.
Curtis, 67, rue Solférino.
Debierre, 1, place Cormontaigne.
Doumer, 57, rue Nicolas-Leblanc.
Dubar, 84, rue de Tournai.
Folet, 14, rue d'Inkermann.
Gaulard, 170, rue Nationale.
Laguesse, 50, rue d'Artois.
Lambling, 97, rue Brûle-Maison.
de Lapersonne, 13, rue Jacquemars-Giélée.
Lemoine, 28, rue Inkermann.
Leroy, 55, rue des Fossés-Neufs.
Lescœur, 11, place de la Gare.
Lotar, 201, rue Solférino.
Moniez, 188, rue Colbert.
Morelle, 48, rue Caumartin.
Surmont, 10, rue du Dragon.
Wertheimer, 31, rue de Bourgogne.

Agrégés et chargés de cours :

MM. Ausset, 153, boulevard de la Liberté.
Bédart, 17, rue Masséna.
Carlier, 16, rue des Jardins.
Carrière, 6, boulevard des Ecoles.
Cousin.
Deléarde, 20, rue de Fleurus.
Deroide, 5, rue de Bruxelles.
Gaudier, 25, rue Inkermann.
Oui, 38, rue Jean-sans-Peur.
Phocas, 115, boulevard de la Liberté.

Chefs de travaux pratiques, chefs de clinique, préparateurs, aides-préparateurs.

MM les Docteurs : Bué, 92, rue Brûle-Maison.
Chrétien, 6, rue de La Bassée.
Desoil, 109, rue d'Arras,
D'Hardiviller, 10, rue Fabricy.
Fockeu, 34, rue Barthélemy-Delespaul.
Gérard, 11, rue de Roubaix.
Guibert, 13, rue des Postes.
Lambret, 147, rue de Paris.
Painblan, 80, rue du Chevalier-Français.
Potel, 189, boulevard de la Liberté.
Tavernier, 31, rue Manuel.

MM. Bourneville, 58, rue Esquermoise.
Carette, 21, rue Léon Gambetta.
Demeure, 73, rue Nationale.
Henriet, 1, rue Nicolas-Leblanc.
Jouvenel, 10 bis, rue des Stations.
Labarrière, 33, rue des Augustins.
Lepage, 1, rue du Palais de-Justice.
Lepot, 21, rue de Lens.
Louis, 2, rue de Trévise.
Membré, 16, rue Gantois.
Papegeay Maurice, 108, rue des Postes.
Papegeay Raymond, id.
Rivière, 276, rue Pierre Legrand.
Sutter, 24, rue des Ponts-de-Comines.
Tondeur, 139, rue Jacquemars-Giélée.
Vallée, 28, rue Brûle-Maison.
Wasselin, 89, rue Solférino.

***

SOCIÉTÉ DES AMIS ET ANCIENS ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ DE LILLE

reconnue d'utilité publique par Décret du 25 juillet 1897

La Société des Amis et Anciens Etudiants de l'Université de Lille a été fondée au mois de mars 1892. Elle a pour but de réunir autour de l'Université de Lille tous ceux qui s'intéressent au développement de l'Enseignement supérieur dans la région du Nord, et de permettre en même temps aux anciens élèves de se rattacher par un lien durable aux Facultés où ils ont fait leurs études et où ils ont conquis leurs grades universitaires. Cette Société compte actuellement plus de sept cents membres et elle a un patrimoine déjà constitué de près de vingt-cinq mille francs. Elle a jusqu'ici donné des conférences dans les principales villes de la région, afin de mieux faire connaitre l'enseignement de l'Université, et elle cherche à fonder des comités locaux qui l'aideront dans la tâche qu'elle a entreprise. Une Université ne doit pas être isolée au milieu de populations qui l'ignorent ou se désintéressent de ses destinées ; elle doit être une institution locale qui tire sa force et sa puissance des sympathies qui l'entourent, l'encouragent et la soutiennent. Elle doit conformer son enseignement aux besoins de la région où elle siège.

C'est pour se trouver continuellement en contact avec ses amis que le Conseil de l'Université a favorisé la création de cette association qui a déjà puissamment contribué à créer un foyer scientifique dans le Nord de la France.

Pour être membre titulaire, il faut : 1° être présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration ; 2° payer une cotisation annuelle dont le minimum est de dix francs. Pour être membre fondateur, il faut effectuer le versement, une fois fait, d'une somme de cent francs. La donation d'une somme de mille francs donne droit au titre de bienfaiteur.

Peuvent seuls être **associés libres** les étudiants inscrits à l'Université : ils ne paieront qu'une cotisation annuelle de cinq francs.

Le règlement de la Société est, du reste, distribué au secrétariat de chaque Faculté.

***

Au nombre des institutions dignes d'attirer l'attention de tout étudiant, nouveau ou ancien, se trouve

L'UNION DES ÉTUDIANTS DE L'ÉTAT

Fondée en 1881, a pour but de nouer et d'entretenir des relations respectueusement amicales entre les Professeurs de l'Université et leurs Elèves ; de resserrer les liens d'amitié entre les Etudiants des diverses Facultés de l'Etat et de garder des relations suivies avec les anciens Etudiants établis, de procurer à ses Membres le plus d'avantages matériels possible ; de soutenir dans la mesure de ses moyens les sociétés tendant à développer l'instruction populaire ; et enfin de provoquer ou d'organiser des œuvres de bienfaisance.

Les locaux de l'Association situés, 54, rue Nicolas-Leblanc et 2, place Philippe-Lebon, en face des Facultés, comprennent, au premier étage : une belle salle de réunion, un salon de musique et de réception ; au second : une grande salle de biblio-

thèque, un salon spécial où siège le Comité, et enfin une large salle ouverte à la section d'escrime.

Tout Étudiant immatriculé à l'Université fait partie de l'Union pendant toute la durée de ses études, moyennant le paiement d'un droit unique de 15 francs.

Chaque Étudiant, membre de l'Union, reçoit à son entrée les insignes de l'Association, un exemplaire des statuts et une carte d'identité avec photographie, s'il en fait la demande.

L'*Union des Etudiants* est administrée par un Comité composé de dix membres actifs et deux membres honoraires, anciens membres actifs.

Le Comité se réunit une fois par semaine et affiche, dans le local, le compte-rendu de ses séances.

Tous ses actes sont soumis à l'approbation des assemblées générales qui se tiennent quatre fois l'an.

Un Comité consultatif, composé de quatre membres pris dans le personnel enseignant des Facultés (MM. Bourguin, Folet, Damien, Haumant), sert d'intermédiaire entre les Professeurs et l'Association.

SOCIÉTÉ DE PATRONAGE

DES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

Depuis quelques mois fonctionne à Lille, une *Société de Patronage des Étudiants étrangers*, sous la présidence d'honneur de M. le Préfet du Nord et de M. le Recteur, président du Conseil de l'Université. Peuvent en faire partie, toutes les personnes qui voudront bien verser une cotisation annuelle de 5 fr. *ou* une cotisation unique de 50 fr. donnant droit au titre de membre fondateur.

Le but de la Société est de venir en aide aux étudiants étrangers de l'Université : 1° Elle leur fournit tous les renseignements utiles pour les études et pour l'existence matérielle à Lille, et leur facilite les formalités de tout ordre ; 2° Elle favorise leurs études, crée des prix qui leur sont spécialement attribués ; 3° Elle s'efforce de leur procurer les relations indispensables à des jeunes gens qui, pour des années, se sont éloignés de leur famille et de leur pays.

La Société est administrée par un Comité de 14 membres, comprenant, pour la période triennale 1898-1901, comme Président M. FOLET, professeur à la Faculté de Médecine. Vice-présidents : M. Paul CRÉPY, vice-consul du Portugal; M. GRUSON, directeur de l'Institut industriel du Nord; Secrétaire-général : M. HAUMANT, professeur à la Faculté des Lettres. Trésorier : M. PELTIER, secrétaire de l'Académie et de l'Université. Secrétaire-général adjoint : M. BÉQUIGNON, professeur au Lycée Faidherbe. Secrétaire : Le président de l'Union des Etudiants de l'Etat. Membres adjoints au Comité : MM. Charles BARROIS, professeur à la Faculté des Sciences; CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur, professeur à la Faculté de Médecine; SÉE (Armand), ingénieur, à Lille ; VALLAS, doyen de la Faculté de Droit.

***

L'enseignement médical à Lille, à côté de la Faculté de Médecine

L'étudiant studieux, ou désireux de se spécialiser, peut trouver à Lille, hors de la Faculté, de quoi satisfaire son désir de s'instruire. Quelques-uns, très avisés, ne manquent pas de se rendre dans les dispensaires privés, aux séances de la Société de Médecine, aux cours payants de l'Institut Pasteur.

Dispensaire du bureau de bienfaisance de Lille pour les maladies d'yeux. — M. le professeur BAUDRY donne ses consultations les lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures, rue des Fossés, 22.

Dispensaire des maladies du larynx, du nez et des oreilles, 4, rue de la Piquerie. — M. le docteur GAUDIER y donne ses consultations les mardi, jeudi, samedi, de 9 à 10 heures, et pratique les opérations le mardi à 11 heures.

Société centrale de médecine du département du Nord. — Vieille de 50 ans, mais constamment rajeunie par la venue incessante de nouveaux membres, praticiens ou attachés à la Faculté, cette Société tient séance deux fois par mois durant l'année scolaire, les deuxième et quatrième vendredis du mois, à l'Hôtel-de-Ville (entrée par le commissariat central de police). Des présentations de malades et de pièces anatomo-pathologiques, des lectures sur des sujets médicaux sont faites par les membres de la Société, et aussi par les internes des hôpitaux et les élèves. Il y a tout intérêt pour ces derniers à assister aux discussions scientifiques chaque jour soulevées ; nombreux sont ceux qui comprennent cet intérêt. Une fois docteurs, quelques-uns demandent à la Société de lui rester attachés par les liens de la correspondance ou du titulariat. On ne saurait trop engager les élèves à suivre cette voie.

Bureau pour 1897 : MM. WERTHEIMER, président ; CARLIER, vice-président ; COMBEMALE, secrétaire-général ; GAUDIER, secrétaire annuel ; DUMONT, trésorier.

Les Laboratoires d'enseignement de l'Institut Pasteur de Lille

Nous annonçons avec satisfaction à nos lecteurs que les laboratoires d'enseignement de l'Institut Pasteur de Lille sont à la veille d'être achevés, et qu'ils seront ouverts aux médecins, aux étudiants de notre Université et aux élèves étrangers, à partir du 1er décembre.

Ces laboratoires, pourvus d'un matériel d'études absolument complet, réalisent l'idéal le plus parfait d'un établissement destiné à l'enseignement de la bactériologie et des sciences biologiques en général.

Tout le premier étage de l'Institut Pasteur leur est exclusivement attribué. Ils comprennent :

1° Une salle de cours, munie d'appareils à projections électriques ;

2° Une grande salle de travaux pratiques ;

3° Une salle de manipulations pourvue d'étuves et d'autoclaves pour les élèves ;

4° Trois laboratoires de chimie biologique pour l'étude des fermentations ;

5° Une salle d'analyse des gaz ;

6° Une série de petits laboratoires pour les élèves boursiers des gouvernements étrangers et de l'Institut.

Le personnel enseignant de ces divers laboratoires

et le personnel attaché aux services de l'Institut comprend :

1° M. le Dr Calmette, directeur, professeur de bactériologie et de thérapeutique expérimentale à la Faculté de médecine ;

2° M. le Dr Deléarde, agrégé, chef des travaux pratiques de bactériologie médicale ;

3° M. Marmier, docteur ès-sciences et docteur en médecine, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, chef du laboratoire d'électricité biologique ;

4° M. Boullanger, ingénieur-agronome, chef du laboratoire de bactériologie agricole ;

5° M. Sanguinetti, licencié ès-sciences physiques et mathématiques, chef du laboratoire de chimie biologique ;

6° M. Rolants, pharmacien supérieur, chef du laboratoire des fermentations industrielles ;

7° M. le Dr Painblan, préparateur du cours de M. le Professeur Calmette,

8° M. Delangle, préparateur au laboratoire de chimie biologique.

Pendant le semestre d'hiver, des cours et conférences seront donnés une fois par semaine le soir, de 8 heures à 9 heures, à l'Institut, par le personnel de l'Établissement. Ces cours et Conférences auront pour objet l'étude des applications de la bactériologie qui intéressent surtout l'hygiène, l'agriculture et l'industrie.

Pendant le semestre d'été auront lieu les cours magistraux de Bactériologie et de Thérapeutique expérimentale et les Travaux pratiques de bactériologie.

Nous publierons prochainement le règlement intérieur de l'Institut qui règle les conditions d'admission des médecins et des élèves dans les laboratoires en dehors des périodes des cours universitaires.

Ce que deviennent les Etudiants de la Faculté de Médecine de Lille

Ce n'est pas sans plaisir que nos étudiants apprendront par le tableau suivant ce que sont devenus leurs camarades, docteurs de l'année scolaire qui vient de s'écouler.

MM.

Baude, Lille.
Bigot, Hazebrouck.
Bigotte, Lille.
Bommier, Arras.
Bret, Leforest.
Brulant, Saulzoir (Nord).
Bulté, Trith-St-Léger.
Caplet, Chauny (Aisne).
Cleuet, Vimy (P.-de-C.).
Creutzer, Lille.
Debary, Montière-l-Amiens.
Debuchy, Roubaix.
Decoopman, Condé.
Delarra, Roubaix.
Delbecque, Coudekerque.
Deligny, Fruges.
Demeulenaere, Dunkerque.
Descheemaeker Lille.
Devauchelle, L'Etoile (Som.)
Dhaussy, Mennevret (Aisne).
Dubois, Thérouanne.
Dupré Lefebvre, Gouzeaucourt.
Eloy, Phalempin.
Faré, Tours (Indre-et-Loire).
Favier, Marcq-en-Barœul.
Fichaux, Tourcoing.

MM.

Galand, Somain.
Hérin, Féchin (Nord).
Huyghe, Lille.
Laurent, Lille.
Lavialle, Bort (Corrèze).
Lecompte, Le Nouvion.
Lemaire, Monthermé (Ard.).
Lepoutre, Haubourdin.
Levezier, Lille.
Mahieu, Wimille.
Marsat, Bray (Somme).
Makereel, Hazebrouck.
Painblan, Lille.
Petit, Sotteville l Rouen (S.I.)
Potié, Vieux-Berquin (Nord).
Quiret, Iwuy (Nord).
Ruyssen, Montalieu (Isère).
Sougniez, Canteleu.
Tavernier, Lille.
Théret, Tincques (P.-de C.).
Thibout, Enghien (S. et O.).
Vanbremeersch, Conty (Somme)
Vanheeger, Essonnes (S. O.).
Vasseur, St-Riquier (P.-de-C.).
Verbecke, Wimereux.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc, 25. Le Gérant, Th. CLERQUIN.

N° 96. Deuxième Année, N° 46. Le Numéro : 10 centimes. 13 Novembre 1898

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur Combemale, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie Le Bigot Frères, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. Lidy Montclaire, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la Semaine. — Travaux originaux : Péritonite chronique tuberculeuse traitée successivement et sans résultat par les moyens habituels : radiothérapie ; guérison consécutive, par les docteurs **E. Ausset** et **Bédart**. — Sur un cas de myxôme du bras avec zone périphérique sarcomateuse; Pronostic des myxômes, par le docteur **Potel**. — Un cas d'ozène guéri par le sérum antidiphtérique, par M. **F. Cathelin**. — Quelques remarques sur la gastro-entérite aiguë dénommée cholérine par certains classiques, par le docteur **Vanherseeke** — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'Académie de Médecine, M. Dieulafoy rappelle que l'appendicite n'est pas seulement infectieuse mais qu'elle est également toxique (1). Ceci explique les accidents graves et même mortels survenant chez des individus atteints d'appendicite, alors que la péritonite est à peine ébauchée. Un garçon de vingt ans vient à pied à l'hôpital : il présente une légère teinte ictérique et des douleurs abdominales depuis quatre jours. C'est au point de Mac Burney que siège le maximum de ces douleurs. L'urine examinée contient de l'urobiline et du pigment brun, ainsi que de l'albumine. Il s'agit d'une appendicite avec symptômes toxiques La température est à 37,4 : les douleurs se sont amendées, on ne trouve aucun symptôme de péritonite, pas même d'empâtement dans la fosse iliaque. M. Dieulafoy fait ouvrir le ventre par M. Marion : aucune apparence de lésions, mais en portant le doigt vers le petit bassin, on crève une collection purulente d'odeur infecte. L'appendice y était noyé; il était énorme et en partie sphacélé. On l'enlève ; le malade guérit.

(1) Voir *Echo Médical du Nord*, page 145.

La gravité des lésions n'est donc pas en rapport avec la gravité des symptômes. La toxine appendiculaire, ayant adultéré le foie et le rein, l'intoxication s'était traduite par l'urobilinurie. Ces symptômes sont assez fréquemment signalés au cours de l'appendicite. L'empoisonnement peut être léger, intense et même mortel. Aussi faut-il apprendre à le bien dépister, afin d'agir sans retard ; il y a un foyer toxi infectieux qu'il faut supprimer dès qu'il se démasque

La teinte ictérique, témoin de l'adultération du foie, est parfois l'avertissement d'une intoxication extrêmement grave, portant sur le système nerveux et se traduisant par des accidents cérébraux, bulbaires ou typhoïdes. Le seul moyen de se mettre à l'abri des coups de la maladie, c'est de supprimer le foyer toxi-infectieux. Avec un diagnostic bien fait, avec une opération pratiquée en temps voulu, on pare à tous les accidents. On ne doit jamais mourir d'appendicite

*** M. Lancereaux fait une nouvelle communication sur le traitement des anévrysmes par la gélatine en injections sous cutanées. Celle-ci est prise par les vaisseaux lymphatiques et passe ensuite dans le sang avec ses propriétés coagulantes. Son effet coagulateur ne peut avoir lieu qu'au milieu d'une poche anévrysmale où le cours du sang est ralenti et la paroi moins lisse. L'injection doit être faite dans le tissu cellulaire sous-cutané et répétée toutes les semaines.

A la **Société de chirurgie**, M. NIMIER étudie les indications de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. Avant d'intervenir, l'auteur se croit autorisé à attendre les premiers indices de l'infection péritonéale et de l'intoxication générale. L'indication se pose généralement entre 12 et 24 heures. L'auteur ne croit pas qu'il faille intervenir immédiatement. Bien que le pronostic de la laparotomie exploratrice soit relativement favorable, il n'est pas moins vrai que dans un grand nombre de cas, cette intervention est au moins inutile.

⁂ M. TUFFIER a essayé chez un homme, mort de syncope, un procédé de laboratoire : la compression rythmée du cœur, directement, avec les doigts, à travers le troisième espace intercostal. Vers la soixantième contraction le cœur se reprit à battre et la respiration revint. Le malade survécut encore deux ou trois minutes, puis le cœur s'arrêta de nouveau, d'une façon définitive.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. BERNARD rapporte un cas de délire salicylique chez une femme. Une dose totale de 12 grammes de salicylate de soude a provoqué une crise délirante aiguë de quarante-huit heures.

Cet accès s'est produit sans fièvre et avec disparition momentanée du rhumatisme préexistant.

⁂ M. THIBIERGE présente un homme de 45 ans, atteint d'un érythème polymorphe, qui présente sur le tronc une disposition remarquable. Les lésions correspondent à certains territoires nerveux, ce qui vient à l'appui de la théorie de l'origine nerveuse de cette affection.

⁂ M. NETTER montre un enfant d'un an qui commença par présenter un œdème dur des membres inférieurs et une pseudo-paraplégie. Deux suffusions sanguines sous-périostées apparurent ensuite sur le tibia gauche. Puis, stomatite intense ; le diagnostic de maladie de BARLOW s'imposait. On donna à l'enfant du jus de viande, du jus d'orange, des purées de pommes de terre et du lait bouilli au lieu de lait stérilisé. Cinq jours après, la guérison est presque complète. L'auteur incrimine ici l'usage du lait stérilisé.

⁂ M RENDU a autopsié le cadavre d'un homme de trente-deux ans, porteur d'une symphyse cardiaque, de rétrécissement mitral, d'insuffisance aortique et de rétrécissement tricuspidien. C'est cette dernière lésion qui rend le fait intéressant.

A la **Société de Biologie,** notre compatriote, M. CARRIÈRE, a constaté l'hypertrophie du foie, vers le troisième jour, dans la pneumonie lobaire aiguë. Il doit y avoir hypérémie de l'organe, ce qui expliquerait cette augmentation passagère de volume.

⁂ M. LEVADITI étudie l'histogenèse des lésions cérébrales aspergillaires. Il a inoculé à des lapins, dans le cerveau, de petites quantités d'émulsions faites avec des cultures d'aspergillus fumigatus d'âge varié. Il a parfois constaté une forme de dégénérescence, caractérisée par la formation de crosses ressemblant, à s'y méprendre, aux crosses de l'actinomyces.

⁂ M. GUILLEMOT, dans un cas de gangrène gazeuse, a rencontré un bacille strictement anaérobie, associé au staphylocoque et au streptocoque. C'est un gros bâtonnet encapsulé, bien teinté par le GRAM. Ce microbe est le même que celui que VEILLON et ZUBER ont trouvé dans les appendicites et qu'ils ont appelé *bacillus perfringens*. Il paraît également identique au bacille étudié par FRAENKEL sous le nom de *bacillus phlegmonis emphysematosæ*. Il diffère du vibrion septique : la gangrène gazeuse n'est donc pas toujours sous la dépendance du vibrion de PASTEUR.

A la **Société anatomique**. M. POULAIN apporte les organes thoraciques d'un malade porteur d'une tumeur du médiastin. Elle occupait la région sus-cardiaque du médiastin antérieur, envahissant le lobe supérieur du poumon droit et le creux sus-claviculaire. La tumeur végétait du côté du rachis et comprimait la moelle. Elle avait amené une paraplégie avec anesthésie. C'est un sarcome à cellules fusiformes du tissu cellulaire. M. LETULLE croit à un sarcome du thymus.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. MOTY présente deux désarticulés de la hanche gauche, l'un pour sarcome, l'autre pour tuberculose, et appelle l'attention sur la nécessité de faire remonter l'incision antérieure jusqu'au milieu du pli génito-crural si l'on veut éviter la formation d'une sorte d'appendice flasque assez disgracieux au côté interne du moignon.

En modifiant ainsi le tracé de la raquette externe, on obtient un résultat esthétique tout à fait satisfaisant. Il est à espérer que l'injection préventive d'eau salée contribuera à améliorer encore les résultats statistiques de cette opération, dont la mortalité, autrefois si considérable, est déjà descendue aux environs de 30 p. 0/0, d'après la thèse de CORONAT.

⁂ M. LAMBRET présente des pièces de grossesse extra-utérine enlevées complètement par la laparotomie,

par le professeur FOLET. Le diagnostic avait été égaré par l'existence d'un avortement fait par la malade trois mois auparavant, et on avait porté le diagnostic de kyste multiloculaire de l'ovaire.

Le traitement suivi a été l'ablation totale du kyste fœtal facilité par l'extirpation préalable de l'utérus. Ce traitement n'est pas préconisé à l'heure actuelle, où on préfère la marsupialisation du kyste fœtal, laissant à la nature le soin de l'élimination spontanée du placenta. Un accident opératoire grave est à signaler au cours de cette intervention : l'écoulement sanguin méconnu pendant une grande partie de l'opération, par une veine utéro-ovarienne hypertrophiée.

Il en est résulté l'accumulation dans les flancs et la concavité du diaphragme (grâce à la ponction de TRENDELENBURG) de plus d'un litre de sang. La malade a été remontée à l'aide du sérum artificiel, mais la guérison s'est faite lentement et après des élévations non expliquées de température auxquelles le sérum n'est peut-être pas étranger.

TRAVAUX ORIGINAUX

Péritonite chronique tuberculeuse traitée successivement et sans résultat par les moyens habituels; Radiothérapie; Guérison consécutive.

PAR LES DOCTEURS

E. Ausset, professeur agrégé, chargé de la Clinique des Maladies des Enfants.

ET

Bédart, professeur agrégé de physiologie à l'Université de Lille.

Avant de relater l'histoire de ce cas si curieux et si intéressant nous tenons à faire bien remarquer que nous n'entendons absolument tirer aucune conclusion d'un fait unique; notre intention est beaucoup plus modeste; nous voulons seulement exposer un fait tel que nous l'avons observé et tel qu'il a été observé par les nombreux élèves passés dans le service de la Clinique infantile depuis que l'enfant y est en traitement. Qu'on ne vienne donc pas plus tard nous faire dire que nous avons émis la prétention de guérir la tuberculose par les rayons X; bien loin de nous cette pensée; nous relatons seulement un fait qui, en toute conscience, nous semble avoir été guéri par cette méthode. A nos confrères d'apprécier, et de poursuivre leurs recherches dans cette voie, comme nous le ferons nous-même si nous en retrouvons l'occasion.

Dans son premier volume de *Clinique Infantile* (p. 181) l'un de nous, après avoir exposé les recherches faites par M. LORTET et quelques autres auteurs, relatait l'observation d'une fillette de 7 ans atteinte de tuberculose pulmonaire et de péritonite fibro caséeuse chez laquelle les rayons X furent essayés contre la péritonite. L'enfant succomba à sa tuberculose pulmonaire, ce qui était prévu, mais si l'on veut bien relire attentivement cette clinique on y verra que l'action des rayons X sur l'état général et sur les symptômes abdominaux fut des plus remarquables. En cinq jours l'enfant engraissa de 520 grammes, l'appétit revint, les douleurs du ventre disparurent, et l'entourage fut « surtout frappé par l'augmentation de poids et la disparition de la douleur ».

C'est cette observation et les recherches publiées par d'autres auteurs, en même temps que la question était mise à l'ordre du jour du dernier Congrès de la Tuberculose, qui nous a engagé à expérimenter cette radiothérapie sur un cas plus favorable, dont nous venons ici exposer les résultats (1).

Il s'agit d'une fillette entrée dans le service de la Clinique infantile, le 21 septembre 1897, étant alors âgée de 9 ans, et dont on retrouvera l'histoire tout au long, l'année dernière, dans l'*Echo médical du Nord*. Nous voulons seulement résumer rapidement les moyens thérapeutiques qui ont été dirigés contre son affection.

Le lendemain de son entrée, 22 septembre 1897, on fait une ponction qui permet de retirer un litre et demi de liquide. Le lendemain nouvelle ponction d'un litre.

Puis les parents reprennent leur enfant, et ne le ramènent que le 23 novembre suivant. Le liquide s'est reproduit ; l'état général est bien moins satisfaisant, l'enfant a beaucoup maigri.

Le 26 novembre, M. le professeur FOLET fait une laparotomie, et nous pouvons alors constater avec lui que le péritoine est considérablement épaissi, criblé de granulations, dont quelques-unes sont déjà jaunâtres et ont de la tendance à s'agglomérer. La face externe de l'intestin est aussi criblée de petites granulations. On écarte largement les lèvres de la plaie opératoire pour permettre le plus possible l'accès de l'air sur toute la surface péritonéale. Malgré cette opération qui, on le sait, donne souvent d'excellents résultats, le liquide se reproduit, moins vite c'est vrai, qu'après les ponctions, mais le 27 décembre on doit pratiquer une nouvelle ponction.

Le 11 janvier, le liquide s'est encore reproduit et on fait une nouvelle ponction, en même temps que l'on administre à l'enfant des lavements créosotés. On sent maintenant des masses péritonéales indurées qui semblent témoigner de la conglomération des granulations tuberculeuses.

Nouvelle ponction le 16 février, le liquide s'étant encore reproduit ; on continue les lavements créosotés.

Le 7 mars le liquide est encore en train de se reproduire, et le ventre a très notablement augmenté de volume depuis la dernière ponction. *On cesse alors tout autre traitement*, et l'enfant est soumis pour la première fois à l'action de l'ampoule de CROOKES. Cette première séance dure dix minutes, avec une ampoule gros modèle, placée à 20 centimètres de la partie la plus saillante du ventre de l'enfant.

Nous faisons remarquer, avec insistance, que jusqu'alors après chaque ponction et malgré le traitement, malgré la laparotomie, le ventre allait toujours grossissant; le liquide se reproduisant constamment avec une grande rapidité.

Le 7 mars, premier jour du traitement par les rayons X, l'enfant pèse 27 kilog. 100 gr., et le ventre mesure de cir-

(1) L'enfant a été présentée à la Société centrale de médecine du Nord dans sa séance du 28 octobre 1898.

conférence, au niveau de l'ombilic : 71 centimètres et demi à l'inspiration et 71 centimètres à l'expiration.

Le soir de cette séance, l'enfant, qui avait toujours eu une température normale, a eu 38°.

Le lendemain 8 mars, la température est redevenue normale.

9 mars, deuxième séance de rayons X, dix minutes à la distance de 13 centimètres.

Pas de réaction thermique consécutive. L'enfant, d'ailleurs, n'en a plus eu ensuite, et il est à croire que cette légère ascension qui suivit la première séance fut d'origine nerveuse, notre petite malade ayant été assez impressionnée par l'instrumentation.

11 mars, troisième séance, durée : vingt minutes; distance de l'ampoule : 13 centimètres.

Le *poids est de 26 kilos 900;* il a déjà diminué de 200 gr.

14 mars, quatrième séance, durée : 25 minutes; à 12 centimètres de distance, distance que l'on ne diminuera plus à cause des étincelles qui jaillissent entre le tube et la peau.

Le 15 mars, on fait une petite ponction de contrôle; on retire 300 gr. de liquide, et on arrête. Mais, chose curieuse, ce liquide qui, aux autres ponctions, était d'un beau jaune citrin, à la dernière ponction même datant du 16 février, est aujourd'hui très nettement *hémorragique*.

16, 18, 21, 25, 28 et 30 mars, 5e, 6e, 7e, 8e, et 10e séances de radiothérapie. Le 30 mars, l'enfant pèse 27 kil. 200.

La moyenne de l'augmentation du poids chez notre malade était, après chaque ponction, en moyenne de 100 gr. par jour, à cause de la reproduction rapide du liquide. Or, au début du traitement par les rayons X, l'enfant pesait 27 kilos 100 gr; 23 jours après elle ne pesait que 27 kil. 200; si on veut tenir compte des 300 gr. de liquide enlevés le 15, on voit qu'elle n'a augmenté que de 400 gr. en 23 jours; la différence est saisissante.

D'ailleurs, la circonférence abdominale au niveau de l'ombilic n'est plus que de 70 centimètres à l'inspiration et 69 centimètres 1/2 à l'expiration.

A noter en outre la pigmentation brun très foncé de la peau qui s'est accusée très nettement, de jour en jour, sous l'influence du traitement.

Pendant presque tout le mois d'avril les séances sont suspendues pour des raisons indépendantes de notre volonté; elles ne sont reprises que le 24 avril. L'amélioration continue cependant à progresser; et le 30 avril le ventre est beaucoup plus souple; toute sensation de flot a disparu. Le ventre mesure, au niveau de l'ombilic, 67 centimètres 1/2 à l'expiration, et 68 centimètres 1/2 à l'inspiration.

Le 6 mai, on fait deux ponctions exploratrices de chaque côté de l'abdomen; elles sont absolument blanches. Le liquide a complètement disparu.

Depuis il ne s'est plus reproduit ; l'état général de l'enfant est devenu excellent. Aujourd'hui elle pèse 33 kilos 200 et la cavité péritonéale est absolument vide de liquide. La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic est la même qu'au mois de mai. Certes c'est un ventre un peu gros pour une fillette de cet âge, mais il faut tenir compte qu'elle a été laparotomisée avec une longue incision et qu'il y a un certain degré d'éventration non pas opératoire, mais due à la longue distension de la paroi. En tous cas on ne sent aucune masse indurée dans l'abdomen et le péritoine a repris sa souplesse.

Nous devons ajouter que les séances de radiothérapie ont été continuées, malgré la disparation de l'épanchement, jusqu'au mois de juillet dernier, dans les mêmes conditions qui ont été relatées plus haut.

Il convient de noter aussi que cette malade a reçu à plusieurs reprises des injections de sérum artificiel, suivant la méthode de Sirot, en vue de diagnostiquer sa tuberculose par l'élévation thermique. Certes nous n'avons pas l'intention de nous appuyer sur le résultat de ces injections pour dire qu'elle n'a plus trace de tuberculose; c'est là un procédé par trop infidèle et qui nous a donné bien souvent des mécomptes.

Quoi qu'il en soit, puisque nous relatons l'histoire complète de cette enfant, nous tenons à mettre sous les yeux de nos confrères les courbes thermiques obtenues à l'occasion des injections.

Première injection, 13 juillet 1898.

La température avant l'injection oscille entre 36°8 et 37°.

Injection à 11 heures, de 25 cent. cubes de sérum artificiel ; à 2 h., 37° ; à 5 h., 38°2 ; à 8 h., 39°5 ; à minuit, 39°; à 3 h. du matin, 37°9; à 6 h., 37°9 : à 9 h., 37°7 ; à midi, 37°8.

Deuxième injection, 23 juillet 1898.

10 cent. cubes de sérum artificiel ; avant l'injection T, 37°2.

Injection à 11 heures; à 2 h., 37°5 ; à 5 h., 37°5; à 8 h., 37°5; à minuit, 36°9 ; à 3 h. du matin, 36°7 ; à 6 h., 37°7; à 9 h., 37°3.

Troisième injection, 1er août, 15 cent. cubes.

T. avant l'injection, 37°3; à 10 heures 1/2, 37° ; à 1 h. 1/2, 37°1 ; à 4 h. 1/2, 37°3 ; à 7 h. 1/2, 37°4 ; à 10 h. 1/2 et à 1 h. 1/2 du matin, n'ont pas été prises par oubli; à 4 h. 1/2, 37°1 ; à 7 h. 1/2, 37°2 ; à 10 h. 1/2, 37°2.

Quatrième injection, 6 août, 15 cent. cubes.

T. avant l'injection, 37°3 ; à 10 h., 37°2 ; à 1 h., 37°4; à 4 h., 37°6 ; à 7 h., 37°6 ; à 10 h., 37° ; à 1 h. du matin, 36°5 ; à 4 h., 37° ; à 7 h., 37°4.

Cinquième injection, 1er septembre, 20 cent. cubes.

T. avant l'injection, 37° ; à 5 h. du soir, 37°2 : à 8 h., 37°2 ; à 11 h., 36° ; à 2 h. du matin, 36°2 ; à 5 h., 37°2; à 8 h., 37°2 ; à 11 h., 37°2.

Sixième injection, 21 octobre.

Avant l'injection, 37°7 ; injection. 20 cent. cubes; à 1 h., 37°8; à 4 h., 38°; à 7 h., 37°4 ; à 10 h., 36°3; à 1 h. du matin, 36°4 ; à 4 h., 37°4 ; à 7 h., 37°.

Un partisan de ces injections de sérum pour le diagnostic de la tuberculose, s'il relisait ces courbes thermiques, en concluerait qu'au mois de juillet, alors qu'une réaction de plus 2 degrés s'était opérée, l'enfant pouvait être en voie de guérison, mais qu'il y avait encore des tubercules sur son péritoine ; depuis, ces tubercules se seraient guéris, d'où la disparition de toute réaction.

Mais, nous, qui, comme nous le disions tout à l'heure, avons vu des tuberculeux avérés ne nous fournir aucune réaction, nous ne concluerons pas de la même façon. Nous avons seulement noté accessoirement le fait qui, dans l'espèce, semble intéressant.

Notons aussi au point de vue technique qu'après plus de 50 applications des rayons Rœntgen (d'une durée de 30 minutes pour les 25 dernières et à 13 centimètres de la peau) jamais il n'y a eu trace de dermite ; seule la pigmentation de la région exposée aux rayons X a été très ma-

nifeste et est encore très appréciable 90 jours après la dernière séance.

On a employé des tubes durs bianodiques Gundlach marchant avec 30 centimètres d'étincelles, des tubes de Siemens réglés à 25 centimètres et des tubes Collardeau demandant 15 à 18 centimètres.

Certes, ainsi que nous nous en sommes défendus au début de cette note, loin de nous la pensée de prétendre à la curabilité des tuberculoses locales sous l'influence des rayons X ; mais enfin tout travail demande une conclusion, et il s'agit maintenant de tirer la nôtre.

Si l'on veut bien s'en souvenir, voilà une enfant qui a été maintes fois ponctionnée, qui a été laparotomisée (traitement habituellement si efficace), qui a reçu un grand nombre de lavements créosotés, qui était suralimentée, et qui malgré cela voyait toujours son liquide se reproduire, en même temps que les lésions péritonéales s'accentuaient, car des masses indurées, absentes au début (forme ascitique simple) se manifestaient de plus en plus volumineuses, et lorsque nous avons résolu d'entreprendre la radiothérapie on sentait plusieurs petits gâteaux péritonéaux qui témoignaient que les lésions marchaient et que la transformation en forme fibrocaséeuse était en train de s'opérer. C'est d'ailleurs ce que l'un de nous écrivait il y a un an (*Echo Médical du Nord* alors qu'il exposait simplement l'histoire clinique de cette enfant jusqu'au jour où on l'avait laparotomisée. En même temps l'état général commençait à péricliter.

Et voilà qu'à partir de l'institution du traitement par les rayons X, l'ascite se résorbe, la paroi abdominale reprend de sa souplesse, les masses indurées disparaissent, l'état général s'améliore, alors que simultanément tout autre traitement avait été supprimé. Pure coïncidence, nous dira-t-on; nous le voulons bien, mais on conviendra au moins que c'est une coïncidence bien bizarre et qui doit nous rendre perplexes, si elle ne nous convainc pas.

La péritonite tuberculeuse guérit quelquefois spontanément, nous objectera-t-on également. C'est vrai ; mais il nous semble que notre cas était loin de tendre vers la guérison, et tous ceux qui ont observé cette malade avec nous se rappellent qu'alors le pronostic nous semblait des moins rassurants, tant le mal semblait peu disposé à rétrocéder.

Il nous paraît donc très plausible d'admettre que, dans ce cas, l'action des rayons X a eu une influence des plus heureuses sur la marche des lésions.

D'ailleurs, au dernier Congrès de la tuberculose, la relation de certains faits que nous trouvons dans le remarquable rapport de MM. Bergonié et Teissier, (*Semaine médicale* 1898, page 349), nous démontre bien que dans quelques cas ces radiations peuvent être efficaces.

Dans le lupus, par exemple, on aurait obtenu quelques résultats des plus encourageants.

Dans les arthrites tuberculeuses Kirmisson, Bazy, Lancaster, Sainton signalent des améliorations.

Dans les tuberculoses pulmonaires on ne retire aucun bénéfice de la radiothérapie. D'après MM. Bergonié et Teissier les rayons Rœntgen agiraient en déterminant l'inflammation de la région. Or, si pour le lupus et pour les arthrites tuberculeuses, nous possédons plusieurs procédés thérapeutiques capables d'amener cette inflammation, pour la séreuse péritonéale il ne nous semble pas très facile encore de produire la même phagocytose. La laparotomie et l'insufflation d'air nous semblent devoir agir ici comme des agents capables de mettre cette phagocytose en mouvement; pourquoi n'admettrions-nous pas également que les rayons X ont, eux aussi, suscité cette phagocytose, et cela d'une façon suffisamment énergique au point de faire lever une armée phagocytaire tellement nombreuse que cette armée aurait pu parvenir à vaincre un ennemi resté victorieux contre les attaques antérieures dirigées sur lui.

Clinique Chirurgicale de la Charité

Service de M. le professeur DUBAR

Sur un cas de myxôme du bras avec zone périphérique sarcomateuse. — Pronostic des myxômes.

par le docteur **Potel**, chef de clinique

Depuis l'époque où Virchow (1) décrivit et différencia le myxôme du groupe des tumeurs d'origine conjonctive, bien des auteurs ont cherché à jeter un peu de lumière sur l'anatomie pathologique de cette forme néoplasique. La composition histologique du myxôme est aujourd'hui bien connue, et il reste peu de chose à ajouter aux descriptions de Rindfleisch (2), Cornil et Ranvier (3), etc.

Cependant la partie clinique de cette étude est restée quelque peu délaissée.

La question du pronostic, entre autres, qui intéresse tout particulièrement le chirurgien, est à peine indiquée dans les traités.

(1) Virchow. — *Pathologie des tumeurs*. T. I. Leçon XV.

(2) Rindfleisch. — *Traité d'Histologie pathologique.*

(3) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histologie pathologique*, p. 177. Cf. aussi : Rafin. Thèse Lyon, 1885, n° 271. — Chevallier. Thèse Paris, 1891, n° 300. — Gaudier. *Bulletin médical du Nord*, 1892.

Et cependant n'est-ce pas là le point important. Le myxôme est-il malin ou bénin ? Le malade que vous venez d'opérer verra-t-il sa tumeur récidiver bientôt ou peut-on lui assurer une guérison définitive ?

Nous voudrions, à propos d'un cas intéressant que nous avons pu observer récemment dans le service de M. le Professeur Dubar, essayer dans la mesure du possible de nous rendre compte de la gravité de ce néoplasme.

Voici d'abord l'observation :

Paul R..., 42 ans, menuisier, entre à l'hôpital de la Charité le 15 juin, service de M. le professeur Dubar, pour une tumeur du bras.

Pas d'antécédents. Le malade a trois enfants en excellente santé.

L'affection a débuté il y deux ans, par une tumeur de la grosseur d'un pois, située à la partie moyenne et postéro-externe du bras droit. Cette tumeur se développa lentement. Il y a six mois elle atteignait à peine le volume d'un œuf de poule. Elle était dure, mobile sous la peau, n'empêchait pas le travail, et ne causait ni gêne, ni douleur. Depuis trois mois le développement augmenta rapidement, la tumeur atteint aujourd'hui le volume d'une tête de fœtus.

La peau, d'abord de couleur et de consistance normales, se distendit peu à peu, prenant un aspect rouge violacé. Il y a deux mois, après des applications répétées de cataplasmes, une ulcération se produisit.

La tumeur, par son volume, gênant considérablement le malade, celui-ci se décide à venir réclamer une intervention.

Etat actuel. — Le malade est de corpulence moyenne. Il n'a point maigri depuis le début de son affection. L'état général est excellent.

La tumeur, grosse comme une tête de fœtus, occupe la portion externe du bras droit. La peau, rouge violacée, offre un développement veineux assez prononcé. Le centre de la tumeur, est le siège d'une ulcération, large comme une pièce de cinq francs, et saignant avec une extrême facilité ; dès qu'on enlève le pansement, il se produit un suintement continu. Il est impossible de placer une pince à forcipressure, on ne saisit qu'une sorte de pulpe sans consistance.

On peut voir sur la photographie ci-jointe le tampon que l'on a dû laisser à demeure.

Circonférence du bras droit au niveau de la tumeur		52 cent.	
id.	du bras gauche	id.	30 »
Circonférence de la tumeur			48 »

Bien que très distendue, la peau n'est pas adhérente. Si l'on prend la tumeur à pleine main et que l'on fait mouvoir le bras, on s'aperçoit immédiatement que le néoplasme est complètement indépendant de l'humérus.

Les mouvements du bras et de l'avant-bras sont normaux, à part un peu de gêne.

La palpation n'est pas douloureuse. La tumeur a une consistance mollasse, mais on ne perçoit ni fluctuation, ni lobulation, pas de ganglions axillaires.

Opération le 22 juin 1898. M. le professeur Dubar fait une incision à peu près circulaire, circonscrivant la base de la tumeur. La peau se libère assez facilement. Le néoplasme adhère assez intimement à l'aponévrose superficielle qu'on est obligé d'enlever en partie. Extirpation complète, drainage, suture au crin de Florence. La réunion se fit par première intention. Le malade sort guéri le 12 juillet.

La tumeur enlevée présentait à la coupe un aspect jaunâtre, colloïde, sans consistance. Deux fragments furent prélevés au centre et à la périphérie, et furent examinés par M. le professeur agrégé Carrière et par M. G. Dubar.



Voici les résultats de l'examen histologique :

En examinant les coupes à un faible grossissement on constate que le tissu qui les compose est constitué par des parties claires et des parties foncées. Les parties foncées correspondent à des amas de cellules dont nous étudierons les caractères tout à l'heure. Les parties claires, au contraire, sont formées par une substance très finement granuleuse traversée par des fibrilles anastomosées dans tous les sens. Les amas cellulaires sont ordinairement distribués sous forme de travées circonscrivant les parties granuleuses en leur donnant ainsi la forme d'aréoles tout à fait irrégulières. Le rapport de ces deux substances est intime. Il n'y a pas de solution de continuité.

1° Eléments cellulaires. — Les éléments cellulaires que l'on trouve dans les amas précités ont à peu près tous les mêmes dimensions et la même forme. L'aspect général est tantôt fusiforme, tantôt étoilé. Mais, d'une façon générale la quantité de protoplasma est fort peu abondante. On peut distinguer à ces éléments cellulaires un corps et des prolongements. Le corps est formé par un noyau, généralement unique, présentant exceptionnellement des figures karyokynétiques. Ces noyaux sont arrondis, un peu ovoïdes, et très énergiquement colorés. La masse protoplasmique qui entoure ce noyau est très mince ; elle s'effile dans les prolongements réticulés qui partent du centre de la cellule et s'en vont dans tous les sens, sans qu'il soit possible de découvrir s'il existe des anastomoses entre ces prolongements qui sont enchevêtrés très irrégulièrement.

2° Substance interstitielle. — La substance interstitielle est constituée par un réticulum fibrillaire extrêmement ténu, enserrant dans ses mailles de très fines granulations. Ces granulations se colorent en violet améthyste par la thyonine phéniquée. Le réticulum ne prend pas les réactifs colorants et est à peu près complètement transparent. On y distingue cependant dans cette substance interstitielle quelques éléments sur la nature desquels il est nécessaire d'insister. Ces éléments sont généralement assez volumineux, arrondis ; leur contenu est transparent. La majorité n'a pas de noyau ou lorsqu'il existe, le noyau est absolument incolore, anhyste, dégénéré. Quelques-unes de ces cellules, cependant, présentent un noyau généralement peu volumineux, complètement déjeté à la périphérie, avec un mince liseré protoplasmique entourant de toutes parts la cellule. C'est en un mot une cellule adipeuse, tandis que les premières correspondent vraisemblablement à des éléments cellulaires ayant subi la dégénérescence graisseuse.

Il existe peu de vaisseaux. Ceux qu'on y rencontre sont fissuraires, volumineux et n'ont pas de parois propres.

Une autre série de coupes pratiquées à la périphérie de la tumeur nous permet de constater les particularités suivantes. L'aspect des coupes diffère totalement de celui des coupes précédentes.

A ce niveau elles sont constituées uniquement par de toutes petites cellules ayant toutes la même forme, ovoïdes, leur noyau très énergiquement coloré présente en grand nombre des figures karyokynétiques.

Leur protoplasme est rare. Les éléments cellulaires sont tassés les uns contre les autres *sans interposition de ciment intercellulaire*. Les vaisseaux qu'on rencontre dans cette partie de la tumeur où ils sont abondants n'ont *pas de parois propres*.

On y trouve quelques fibres élastiques, tout à fait à la périphérie.

(Procédé de coloration par l'orceine acide).

En résumé la grande majorité de la tumeur est formée par du myxôme pur, ou en dégénérescence lipomateuse. La périphérie est formée par un tissu qui présente tous les caractères du sarcome.

Grâce à la réaction de la thionine phéniquée qui colore en violet améthyste la substance muqueuse (mucine) et en brun noir (après passage de l'alcool picriqué) les granulations chromatiques des éléments cellulaires, on peut assister à tous les stades de l'infiltration muqueuse des éléments conjonctifs embryonnaire, et à leur évolution vers le tissu muqueux.

Aujourd'hui que notre malade est guéri, il nous pose une question à laquelle nous devons répondre : Ma tumeur va-t-elle récidiver ? Ou bien suis-je guéri définitivement ? Autrement dit, le myxôme des membres (1) est-il une tumeur maligne ou une tumeur bénigne ?

La réponse est complexe et ne saurait être tranchée d'un mot.

Un premier point que nous devons chercher à élucider c'est de savoir si le myxôme est une tumeur adulte ou embryonnaire. La question a son importance, étant donnée la bénignité relative des tissus adultes (fibrome), comparée à la gravité des formes embryonnaires (sarcome).

D'après Virchow chez le fœtus, le tissu muqueux occupe la place qu'occupera plus tard le tissu cellulo-adipeux « on ne peut cependant pas, dit-il, se contenter de comprendre le tissu muqueux dans le tissu adipeux ; il est à son égard dans le même rapport que le cartilage est à l'os, mais il a aussi la même individualité que le tissu cartilagineux. Aussi doit-il être considéré comme une espèce particulière de tissu. »

Quant au pronostic, selon Virchow, il se résume assez simplement. Les formes hyperplasiques, c'est-à-dire celles qui se développent dans le tissu cellulo-adipeux, seraient bénignes. Les formes hétéroplasiques seraient malignes. Cette opinion a été acceptée par un certain nombre d'auteurs. Delbet (in *Traité de chirurgie*, T. I), range les myxômes dans les néoplasmes qui ont pour paradigme des tissus adultes.

Cependant, nombre d'histologistes refusent de donner au myxôme une pareille individualité. Pour M. Ranvier, le tissu muqueux n'est qu'un état de transition entre le tissu embryonnaire et le tissu conjonctif adulte.

Pour nous, il nous semble qu'une simple question de logique empêche de classer le myxôme parmi les néoplasmes adultes. En effet, chez un grand nombre

(1) Nous laissons complètement hors de discussion les myxômes du nez, des nerfs et des glandes. Pour cette question, Cf. Thèse Chevallier, loc. cit.

de tumeurs myxomateuses, à évolution lente, bénigne, on trouve une grande partie de la tumeur occupée par des productions fibreuses ou graisseuses (myxôme lipomateux). Or, une tumeur qui évolue vers des tissus adultes, qu'ils soient formés de fibres conjonctives adultes (fibromes) ou de tissu connectif adipeux (lipomes), ne saurait elle-même être considérée comme tissu adulte.

Dans la grande majorité des cas, la tumeur subit une évolution en sens inverse. Les éléments conjonctifs, au lieu de tendre à l'état adulte, restent à l'état embryonnaire. La tumeur, jusque-là bénigne, subit une poussée. La périphérie du néoplasme est infiltrée de cellules embryonnaires qui ont tous les caractères des cellules sarcomateuses. Par la coloration à la thyonine phéniquée (et passage de la coupe à l'alcool picriqué) on peut suivre tous les stades de l'infiltration muqueuse, la mucine se colorant en violet améthyste (réaction caractéristique) et les granulations chromatiques des éléments cellulaires en brun noir.

Cependant, dans certains cas il est bien difficile d'affirmer si l'on se trouve en présence d'un myxôme évoluant vers le sarcome, ou d'un sarcome dont les parties centrales subiraient la dégénérescence muqueuse, ou même d'un myxome entouré d'une zone inflammatoire de tissu conjonctif. Il n'en persiste pas moins que ces formes sont infiniment plus graves. L'évolution des cellules embryonnaires est beaucoup plus rapide. De plus, on sait avec quelle facilité les sarcomes abandonnent les limites de la capsule fibreuse qui les contenait à l'origine et infiltrent les tissus environnants.

Aussi voit-on ces tumeurs, après l'ablation, récidiver sous forme de sarcomes purs.

Donc, au point de vue histologique, nous pouvons considérer le myxome comme un tissu de transition, pouvant, mais le fait est exceptionnel, former des tumeurs de tissu muqueux pur.

Le myxôme peut évoluer vers des tissus adultes, lipomes ou fibromes, tumeurs bénignes, ou vers des tissus embryonnaires, sarcomes, tumeurs malignes. C'est de beaucoup le cas le plus fréquent.

Voyons maintenant ce que nous dit la clinique ; nous verrons qu'elle ne fait que confirmer ces premières constatations.

Pour nous faire une opinion quelque peu exacte, nous prendrons dans les thèses de Chevallier et de Rafin, les cas qui ont été suivis assez longtemps pour observer les récidives qui ont pu se produire.

Chevallier (loc. cit.) :

Observation 13. — Myxosarcome de la cuisse. Récidive sous forme de sarcome fasciculé pur. Mort.

Observation 14. — Myxome de la cuisse, quelques points sarcomateux. Le malade refuse l'amputation. Mort.

Observation 17. — Myxosarcome de la face antérieure du poignet. Amputation de l'avant-bras. Pas de récidive.

Observation 21. — Myxôme pur du pouce. Début il y a 11 ans. Pas de récidive.

Observation 22. — Myxosarcome de la paume de la main, trois récidives. Amputation du bras. Généralisation. Mort.

Observation 23. — Myxosarcome de la main, trois récidives. Amputation du bras. Le malade est mort 4 ans après d'une affection en apparence médicale.

Observation 26. — Myxôme du bras. En trois ans, trente-six récidives. Mort par généralisation.

Observation 27. — Myxosarcome du creux poplité. Récidive au bout de huit mois.

Observation 28. — Myxosarcome du bras. Deux récidives.

Observation 30. — Myxôme diffus de la cuisse. Deux récidives.

Si l'on étudie les observations consignées dans la thèse de Rafin, on arrive aux conclusions suivantes : Sur neuf observations, l'examen histologique n'a été pratiqué que cinq fois.

Dans trois cas on a trouvé du sarcome. De ces trois malades, l'un est mort de gangrène du moignon. Un second a récidivé. Le troisième, à qui on a fait une désarticulation de l'épaule, n'avait pas de récidive huit mois après. Les deux autres cas étaient du myxôme lipomateux et n'ont point été suffisamment suivis pour que l'on puisse avoir une opinion ferme.

De l'étude anatomo-pathologique et clinique des myxômes il nous paraît que l'on peut tirer les conclusions suivantes :

Il faut diviser les tumeurs myxomateuses, au point de vue du pronostic en trois catégories :

1° Une première catégorie comprend des tumeurs, formées soit par du myxôme pur, soit par du tissu muqueux en voie d'évolution vers des formes adultes (fibrome ou lipome). Ces tumeurs, presque toujours encapsulées, sont bénignes. Elles sont d'ailleurs très rares.

2° Dans une seconde classe nous rangerons les myxômes diffus, envahissant non seulement le tissu cellulaire mais les muscles, etc. Ces tumeurs sont infiniment plus graves, d'abord parce qu'elles nécessitent presque toujours le désarticulation du membre, ensuite parce que le plus souvent le sarcome est déjà en voie d'évolution.

3° Dans la grande majorité des cas, le myxôme n'est pas pur. Soit que l'on se trouve en présence d'un sarcome avec dégénérescence myxomateuse, soit qu'en réalité on ait à opérer un myxome qui a subi une poussée évolutive vers le sarcome, le pronostic est très grave. Ici le myxôme n'est plus que secondaire, c'est le sarcome qui règle le pronostic et les indications opératoires.

Hôpital maritime de Berck-sur-Mer

Un cas d'ozène guéri par le sérum antidiphtérique

par M. **Fernand Cathelin**, interne des hôpitaux de Paris.

L'*ozène* est aujourd'hui considéré par presque tous les auteurs (1) comme une maladie microbienne, produite par le rhino-bacille de Lœwenberg et Marano.

Les thérapeutistes, peu encouragés par les procédés anciens de traitement et en quête de méthodes nouvelles, eurent tout récemment l'idée d'injecter aux malades qui en étaient atteints le sérum antidiphtérique de Behring-Roux : c'est ce que firent, les premiers, Belfanti et Della Vedova.

Depuis lors, quelques observations furent publiées, tant en France qu'à l'étranger, sur les résultats de cette nouvelle méthode, et l'observation que nous rapportons aujourd'hui vient s'ajouter aux cas de guérison signalés jusqu'ici.

Observation. — Le malade dont il s'agit est un nommé V..., Auguste-Gabriel, âgé de 20 ans 1/2, exerçant la profession de cordonnier et habitant Berck-sur-Mer.

C'est un jeune homme de taille et de force moyennes, n'ayant jamais fait de maladies graves.

Vers le mois de décembre 1897, son entourage commença à se plaindre de son haleine fétide contre laquelle il usa de lavages buccaux répétés.

Puis, vers le mois de février 1898, on s'aperçut qu'il dégageait par le nez une odeur très forte pour laquelle il vint consulter notre maître, M. le Dr Ménard, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

A l'examen rhinoscopique, M. Ménard découvrit l'existence de fausses membranes blanc-verdâtres recouvertes de pus, véritables croûtes dégageant une odeur très fétide et au-dessous desquelles la muqueuse apparaissait rouge vif. Le malade « parlait du nez » légèrement et se plaignait de « moucher du pus ».

M. Ménard, devant l'impuissance du traitement local, eut l'idée de recourir à la récente méthode de Belfanti et Della Vedova par les injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique.

Elles furent commencées au mois de février 1898 et faites à la partie supérieure du dos, de chaque côté de la colonne vertébrale, avec toutes les précautions antiseptiques recommandées. On les répéta de la façon suivante : trois injections de sérum antidiphtérique par semaine, à la dose de cinq grammes et pendant trois mois.

Il importe d'ailleurs de faire remarquer que le traitement local fut poursuivi au cours des injections et dura tant que celles-ci durèrent : le malade se lavait les fosses nasales avec la douche spéciale tous les jours ou plusieurs fois par jour avec de l'eau phéniquée à 2 %.

L'odeur *sui generis* dégagée par les fosses nasales passa par des alternatives de mieux et de pis et ce n'est que vers la mi-avril qu'on put observer un mieux appréciable. On diminua alors le nombre des injections qu'on porta à une par semaine avec les mêmes doses.

Mais, vers le 2 mai, la mauvaise odeur s'accentue avec sa fétidité repoussante. On élève alors la dose qu'on porte à 10 grammes, mais qu'on ne fait qu'une fois par semaine. Au bout d'un mois, l'état du malade était assez satisfaisant : les fausses membranes se détachaient en partie et le mieux appréciable continua jusqu'à la fin de juillet sans que les injections fussent interrompues.

Elles furent seulement cessées du 1er août au 1er septembre et l'odeur fétide ne reparut plus.

On fit néanmoins, et par excès de prudence, trois injections de 5 grammes chacune du 1er au 15 septembre, puis le malade continua à aller aussi bien que possible.

Son entourage cessa de se plaindre de sa mauvaise odeur et on lui ordonna de cesser les lavages des fosses nasales.

M. Ménard fit alors de nouveau l'examen rhinoscopique ; il constata de la rougeur et de la vascularisation de la muqueuse pituitaire, mais sans fausses membranes ni croûtes, et seulement un peu de pus près du cornet supérieur.

Le malade, en butte à de continuelles vexations et dont la vie était devenue insupportable, commença à reprendre courage et lorsque nous l'avons revu le 30 septembre, il ne présentait aucune odeur désagréable et s'estimait lui-même entièrement guéri.

Réflexions. — Ce qui ressort de cette observation, c'est d'abord la quantité de sérum antidiphtérique employée ; elle s'élève à 315cc3 en six mois, soit 52cc5

(1) Certains médecins, comme Hecht, en font une maladie résultant d'un trouble de l'*innervation*.

en moyenne par mois, mais ce chiffre assez considérable ne doit faire craindre aucun danger.

LOMBARD (1), dans ses quinze observations, injecte en moyenne 125-130^{cc3}. Son maximum a été 325^{cc3} et son minimum 45^{cc3}. Nous n'avons d'ailleurs pas chez notre malade remarqué les phénomènes réactionnels généraux qu'il signale.

D'autres auteurs, comme SILANOURITZKI (2), insistent beaucoup sur l'importance d'un traitement général tonique et dans sa statistique de neuf cas, cet auteur conclut en disant que les malades retirent toujours un bénéfice plus ou moins grand du traitement sérothérapique.

Nous serions plus porté à insister sur l'importance du *traitement local*, mené de front avec le traitement sérothérapique et consistant en lavages-douches fréquents des fosses nasales avec des solutions antiseptiques dont le choix peut être laissé à la convenance du médecin.

Il faut encore insister sur la longueur du traitement et ne pas se laisser décourager par les aggravations temporaires qui surviennent au cours même de la maladie et aussi sur la diminution progressive des doses.

MOLINIÉ (3) au contraire conseille une injection de 10^{cc3} tous les 3-4 jours, jusqu'à concurrence de 12-15 injections.

Cette méthode sérothérapique de traitement de l'ozène n'a pas encore dit son dernier mot et appelle nécessairement de nouvelles recherches. Cependant, sans vouloir critiquer ici la méthode de l'électrolyse interstitielle cuprique de CAPART et CHEVAL, que BRINDEL et AUCHÉ ne trouvent pas très supérieure aux autres, qu'il nous soit permis d'en registrer à l'occasion ce nouveau cas de guérison de l'ozène par la méthode de BELFANTI et DELLA VEDOVA.

Quelques remarques sur la gastro-entérite aiguë dénommée cholérine par certains classiques

par le docteur **Vanherseeke**, de Zeggers-Cappel.

Dans ces derniers mois, il s'est produit un peu partout de nombreux cas de gastro-entérite aiguë.

L'affection, variable en intensité, selon les sujets, présente un ensemble de symptômes sensiblement le même chez les divers malades.

Le début s'annonce par de la diarrhée, d'abord indolore, puis des crises douloureuses, véritables crampes de l'intestin, accompagnent les évacuations qui deviennent de plus en plus rapides. A ce moment les selles ressemblent à de l'eau contenant des grumeaux de savon.

Dans un stade plus avancé, l'estomac se révolte à son tour, des vomissements succèdent à des douleurs stomacales très vives, et accompagnent des évacuations alvines répétées.

L'affection continuant sa marche progressive, aux douleurs gastro-abdominales viennent s'en greffer d'autres que les sujets localisent en divers endroits de la tête, du thorax et des membres. Il est à remarquer, qu'à ce moment, ces douleurs, alors même qu'elles se déclarent au niveau de masses musculaires, ne sont généralement pas accompagnées de contracture de ces muscles. D'ailleurs, les malades au lieu d'une sensation de compression, éprouvent plutôt une sensation de dilacération des tissus.

De plus, au palper comme à l'examen visuel, les parties atteintes paraissent plutôt flasques. Il semble que les terminaisons nerveuses sont plus atteintes que les fibres musculaires.

A ce stade le cœur et le rein sont pris, le malade n'urine plus, il peut tomber dans le coma et mourir. Dans d'autres cas, au contraire, les symptômes s'amendent, il se produit une réaction plus ou moins vive, l'émission des urines survient, et après des méandres plus ou moins flexueux, le malade arrive à un état qui se rapproche plus ou moins de son état antérieur.

La crise est passée. Cette affection, que l'on a désigné sous le nom de cholérine ou de choléra nostras, est-elle contagieuse ?

Pour notre part nous n'avons jamais observé aucun cas de contagion.

D'ailleurs les gardes-malades qui ont bien voulu, sur notre conseil, s'abstenir de toute boisson alcoolique et de fruits, de suivre en un mot une alimentation très simple et très sobre, n'ont en aucun moment été atteints par l'affection, même en l'absence de toute précaution antiseptique de leur part.

D'un autre côté, malgré l'antisepsie, certains gardes-malades, adorateurs des boissons fermentées, ont payé leur tribut à la cholérine.

De même nous n'avons jamais constaté aucun cas

(1) LOMBARD. — *Annales des maladies des oreilles, larynx, nez, pharynx*. Nov. 1897, p. 385.
(2) SILANOURITZKI. — *Société de Pédiatrie de Moscou*. Séance du 11 mars. Wratch, 1898, N° 14.
(3) MOLINIÉ. — *Marseille médical*, 1er juillet 1897.

de gastro-entérite chez les enfants nourris au sein par des personnes s'abstenant de tout excès alimentaire.

Pour nous la contagion et l'épidémicité du choléra nostras sont simplement comparables à la contagion et à l'épidémicité des fractures au moment du verglas.

Cliniquement, l'étiologie de la cholérine nous paraît être la suivante ;

1° Modification de la résistance des éléments cellulaires de l'organisme humain par l'élévation de la température au moment des chaleurs.

2° Modification du développement des microbes qui habitent, à l'état normal, le tube digestif de l'homme.

3° Malgré ces modifications essentiellement dues à la chaleur, l'équilibre de l'organisme se maintient à la condition d'éviter tout trouble alimentaire.

4° Les excès alimentaires et particulièrement l'alcoolisme aigu, en amenant la stupéfaction des éléments cellulaires de notre organisme, diminuent leur pouvoir antitoxique et permettent le développement des microbes qui, par leurs toxines, empoisonnent l'individu et offrent à l'examen clinique l'aspect d'une intoxication aiguë.

VARIÉTÉS

De la fabrication des pièces de monnaie anciennes.

Le Dr Sahut, de Gannat, a eu l'occasion d'observer un clou neuf dit « pointe de Paris » qui avait séjourné pendant plusieurs jours dans le tube gastro-intestinal d'un enfant, et il a constaté que les sucs digestifs avaient agi sur les parties les plus minces de ce corps étranger, en avaient effacé les tranchants et le piquant et avaient remplacé le brillant du métal par une teinte brune.

Cette constatation expliquerait les procédés usités en Italie pour fabriquer de nos jours des médailles des époques les plus reculées. Les gens qui se livrent à cette industrie ont, dit-on, l'habitude de faire avaler par de gros oiseaux, des coqs d'Inde en particulier, des monnaies de Tibère ou de Caligula grossièrement frappées. Après quelque temps de séjour dans leurs corps, les dindons rendent les médailles qui ont acquis une patine plus ou moins parfaite.

Si le séjour a trop peu duré, on fait faire à la médaille un nouveau voyage gastro-intestinal, et cela jusqu'à ce que la pièce ait acquis un aspect qui ne permet plus de douter de son authenticité.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les journaux de tous genres nous ont devancé pour annoncer la nomination comme **officier de la Légion d'honneur** de notre collaborateur, le professeur Calmette. L'heure tardive à laquelle samedi dernier nous est parvenue la nouvelle, nous a seule empêché d'en faire part à nos lecteurs, dans ce *numéro des Étudiants*, déjà si rempli de son nom et si goûté du public d'autre part.

Les manifestations de sympathie n'ont pas manqué à cette occasion à notre collègue; il peut être assuré toutefois qu'il n'en est pas de plus sincères et de plus chaudes que celles qui émanent du Comité de direction de ce journal. Point n'est besoin de le lui dire longuement.

Nos lecteurs accueilleront la nouvelle avec faveur, comme le nouvel officier a accueilli sa distinction avec modestie.

Par décret, en date du 27 octobre 1898, le sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer (Nord) a été reconnu comme établissement d'utilité publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Sont institués **chefs de clinique de chirurgie** : M. le docteur Auvray, à la Charité ; **d'obstétrique** : M. le docteur Funck-Brentano, à Baudelocque : M. le docteur Rudaux, à Beaujon.

Ont été élus **membres de la Société anatomique** : MM. les docteurs Lardennois et Moret.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Hôpitaux de Lyon. — M. le docteur Delore est nommé **chef de clinique chirurgicale.**

Université de Bordeaux. — Un concours s'ouvrira le 1er mai 1899, devant la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de **suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales** et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

— Un concours s'ouvrira le 1er mai 1899, devant l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Tours, pour l'emploi de **chef des travaux d'anatomie et d'histologie** à la dite Ecole.

Université de Nancy. — Un concours s'ouvrira le 3 mai 1899, devant l'Ecole supérieure de Pharmacie de l'Université de Nancy, pour l'emploi de **suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale** à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Besançon.

— Sont nommés **internes titulaires** : MM. Fruhlingohilz, Bichat, Nilus, Melnotte, Grosmaire, Perrin, Gousset ; **internes intérimaires** : MM. Jeandelize, Rueff, Hoummel.

Université de Toulouse. — Un concours s'ouvrira le 5 juin 1899, devant la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de **suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie** à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Clermont.

Hôpitaux de Nantes.— Sont nommés **internes titulaires :** MM. Léquyer, Letourneulx, Sabot, Fargues, Villard, Verdier, La Rochefordière ; **internes provisoires :** MM. Hardy, Daquereau, Libert.

NOMINATIONS

Ont été nommés :

Chevaliers de la Légion d'honneur. — MM. le docteur Navarre, président du Conseil municipal de Paris ; Petit, de Longueau (Somme).

Officier d'Instruction publique. — M. le docteur Bertrand, médecin en chef de la marine.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Carsoy, de Langres (Haute-Marne) ; Mounier, de la Ferté St-Aubin (Loiret) ; Patay, de Rennes (Ille-et-Vilaine) ; Dupont, de St-Loup (Haute-Saône) ; Melgrani, d'Ajaccio (Corse), Foucaud, médecin major à Alger (Alger) ; Jan, médecin principal de la marine.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Drouault, de Villemomble (Seine-et-Oise) ; Gariel, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Raimbault, de Candé (Maine-et-Loire) ; Bédel, de Lamballe (Côtes-du-Nord) ; Raymond, de Saint-Priest (Isère) ; Rouques, de Versailles (Seine-et-Oise) ; Chipault père, d'Orléans (Loiret) ; Filllaudeau, de Moncoutant (Deux-Sèvres) ; Baraillier, de Toulon (Var), correspondant national de l'Académie de médecine ; Dufour, d'Hermonville (Marne) ; Ovion, d'Arras (Pas-de-Calais) ; Pilliet, conservateur du musée Dupuytren, à Paris ; Quinemant, de Niort (Deux-Sèvres) ; Eltchaïnoff, de St-Calais (Sarthe) ; Mayéras de Mauvise, de Mérigny (Corrèze) ; Sisteray, ancien médecin en chef d'asile d'aliénés ; Faure-Miller, ex-interne des hôpitaux de Paris.

Delyannis, professeur de clinique médicale, à Athènes ; Kostuirine, professeur à l'Académie militaire de Saint-Pétersbourg.

M. Jean Roger, pharmacien à La Bassée (Nord) ; Dvorianoff, étudiant en médecine à Toulouse.

BIBLIOGRAPHIE

Pour nos enfants : Conseils d'hygiène physique et morale, par le docteur G. Petit. Société d'éditions scientifiques, Paris, 1898.

Sous ce titre, le docteur Georges Petit a réuni une série d'articles dont quelques-uns ont été publiés dans le « Bulletin de l'Œuvre des Enfants tuberculeux » et la « Revue des familles ». — Traitées avec la compétence bien connue de l'auteur, les idées qui sont contenues dans cet ouvrage forment un ensemble de notions d'hygiène physique et morale dont la lecture est recommandée non seulement à toutes les mères, mais à tous ceux qui s'intéressent à l'enfant, c'est-à-dire à tout le monde.

Débarrassé de toute théorie scientifique et de mots savants, écrit dans un langage simple et d'un style facile à comprendre, ce livre joint l'agréable à l'utile, il instruit sans fatigue et repose en intéressant.

L'auteur expose en quelques pages les idées du devoir, envers l'enfant, comme il le comprend. — Souvent dur pour ceux qui ne savent pas s'astreindre aux exigences de la paternité, il est au contraire encourageant pour ceux que ne désarment pas les rigueurs du sacrifice ; à ceux-là il facilite la tâche, leur explique leur devoir et leur montre le bonheur qui en est la récompense.

Les principaux sujets traités sont : *Les préjugés. — La contagion. — Le cri. — Les troubles digestifs. — Le lait. — L'hygiène de la bouche. — Les bains. — Le lit. — Le sommeil. — La toilette. — La nourrice. — Les nourrissons. — Les premières dents. — Le muguet. — Les petits accidents. — L'isolement. — La convalescence*, etc., etc.

Dr H L.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

44e SEMAINE DU 30 OCTOBRE AU 5 NOVEMBRE 1898

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	3
3 mois à un an	4	4
1 an à 2 ans	2	»
2 à 5 ans	»	3
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	»	2
20 à 40 ans	3	6
40 à 60 ans	5	6
60 à 80 ans	6	5
80 ans et au-dessus	»	2
Total	24	31

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	1	1	»	»	»	»	»	»	2	2	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	12	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	5	20
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	4	»	»	4	»	»	»	»	»	1	11	29
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	3	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	6	6
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	8
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	»	1	»	»	4	10	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Total	1	1	»	»	»	1	»	2	5	6	8	»	»	13	»	»	1	»	»	17	55	111

N° 97. Deuxième Année, N° 47. Le Numéro : **10** centimes. 20 Novembre 1898

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT *5 fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS *3 fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la Semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Sur la valeur séméiologique des cellules éosinophiles dans les crachats tuberculeux, par **MM. G. Carrière** et **P. Bourneville**. — Revue générale : Complications broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde, par le docteur **A. Deléarde**. — Deux cas de désarticulation de la hanche par la raquette externe modifiée, par le docteur **Moty**. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'Académie de Médecine, M. LE DENTU a observé quelques faits d'appendicite qui se rapprochent de ceux qu'a signalés DIEULAFOY. Il a opéré d'une appendicite suppurée, une petite fille qui fut prise de cris hydrencéphaliques et succomba dans le collapsus. Quant à l'ictère, on le note dans un certain nombre de cas chroniques. Les médecins font souvent chercher les chirurgiens trop tard pour une intervention efficace ; de plus, il y a des cas compliqués et d'un diagnostic impossible ; d'autres qui, sous une apparence bénigne, cachent une gangrène en masse de l'organe. Quoi qu'on en dise, on mourra encore d'appendicite : c'est la conclusion de M. LE DENTU.

⁂ M. PÉRIER présente une femme de 55 ans, à laquelle il a enlevé, il y a un an, toute la partie moyenne de l'estomac et la portion centrale du mésocôlon transverse, pour un néoplasme qui avait à peu près la largeur de la paume de la main. Cette femme est actuellement très bien portante, elle a augmenté de treize kilos et ne présente aucune trace de récidive. Chez les sujets, atteints de néoplasme des voies digestives supérieures, le gros intestin est très souvent bondé de matières fécales : il faut donc pratiquer, au cours de la laparotomie, le refoulement du contenu vers l'S iliaque.

A la **Société de chirurgie,** M. TUFFIER relate les observations de deux malades à qui il a fait une résection de l'épaule pour luxation irréductible compliquée de phénomènes nerveux graves. Les accidents n'ont pas rétrocédé et l'auteur a obtenu peu de mobilité. M. BERGER est d'avis que l'arthrotomie est préférable, toutes les fois que les lésions ne sont pas trop anciennes et que la tête humérale n'est pas déformée. Ce sont surtout les lésions de la tête qui doivent faire adopter la résection.

Pour M. NÉLATON on obtient d'aussi bons effets avec le traitement orthopédique simple qu'avec la résection.

⁂ M. TERRIER a pratiqué la jéjunostomie dans un cas de cancer très étendu de l'estomac non justiciable de la résection, ni de la gastro-entérostomie, et a pu alimenter son malade par cette brèche intestinale. Cette opération n'est pas destinée évidemment à donner une longue survie au malade. M. PEYROT, dans un cas, se flatte d'avoir obtenu une survie de quinze jours !

⁂ M. JONNESCO a opéré, depuis 1896, dix cas de maladie de BASEDOW, dont six basedowismes vrais primitifs et quatre goîtres basedowifiés.

L'auteur recommande la résection des trois ganglions sympathiques. — L'opération serait très bénigne, les suites ou ne peut plus simples. — Les malades opérés depuis deux ans, sont tous gros, gras et bien portants.

A la **Société de Biologie,** M. GLEY a injecté dans la cavité péritonéale de cobayes une solution de gélatine à 2 $/_{0}$. On n'augmente pas ainsi la coagulabilité du sang et on retrouve toute la gélatine dans le péritoine. Si donc on veut mettre à profit les propriétés coagulantes de la gélatine pour la cure des anévrysmes, c'est donc dans leur intérieur même qu'il faut l'injecter.

*** M. NATTAN-LARRIER a constaté chez des nouveau-nés, issus de parents tuberculeux, une sclérose de la glande thyroïde, des muscles et du pancréas, ainsi qu'une adipose du foie Ainsi s'expliquerait leur prédisposition à la bacillose

*** M. SICARD a guéri le tétanos, chez des chiens, par injection d'antitoxine sous l'arachnoïde lombaire. Ce mode d'inoculation a été tenté dans trois cas de tétanos, chez l'homme : les malades moururent, mais il s'agissait de cas désespérés, avec accidents bulbaires.

*** M. SABRAZÈS étudie l'action du tannin sur le bacille de KOCH et sur la marche de la tuberculose expérimentale. Le bacille résiste au tannin, mais il ne se développe plus sur les milieux artificiels appropriés, ce qui prouve la nécessité, en matière d'expérimentation sur les agents antituberculeux, de procéder par inoculation au cobaye.

A la **Société de thérapeutique**, M. MATHIEU rapporte l'histoire d'un jeune homme qui commença par éprouver une céphalalgie assez marquée avec lassitude profonde Bientôt, s'établit un état nauséeux persistant et enfin survinrent des vomissements. On mit à ce garçon six vésicatoires sur l'épigastre. A la fin de ce traitement, l'urine contenait vingt-cinq centigrammes d'albumine par litre ; plus tard, ce chiffre monta à cinq grammes. M MATHIEU porta le diagnostic d'urémie par lésions rénales existant avant l'emploi de la cantharide : le malade mourut dans le coma.

Il n'est pas rare de voir un mal de BRIGHT insidieux, ne se traduisant que par des phénomènes gastriques : le petit brightisme est alors à rechercher et l'état nauséeux doit être ajouté à l'ensemble des symptômes qu on lui connait. Supprimer les intoxications alimentaires, assurer l'antisepsie intestinale, purger le tube digestif, user à point de la diète, voilà les moyens à mettre en œuvre en pareille occurrence, si l'on veut voir survenir une amélioration.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, MM. CHAUFFARD et CASTAIGNE présentent les pièces anatomiques d'un malade qui a succombé à une forme très rare de granulie rénale. Il s'agit d'un sujet alcoolique, peut-être ancien saturnin, suspect de lésions tuberculeuses de vieille date ; de mai 1897 à avril 1898, déchéance progressive, albuminurie, insuffisance rénale progressive et mort en octobre par urémie. L'absence de signes cardio-artériels infirmait le diagnostic de néphrite atrophique lente. Chaque rein pèse 450 grammes : la substance corticale est entièrement constituée par un semis confluent de tubercules déjà fibro-caséeux, développés autour des glomérules. qui se sont trouvés étouffés assez rapidement Cette observation est tout-à-fait exceptionnelle.

*** MM. BARBIER et TOLLEMER ont étudié une angine pseudo-membraneuse qui s'accompagnait de tous les signes de la diphthérie, mais où les signes d'intoxication faisaient défaut, en particulier l'accélération du pouls L'examen bactériologique montra des staphylocoques et des streptocoques. Des ulcérations se creusèrent sur les gencives, une hémorrhagie se déclara et le malade mourut. L'autopsie fit voir les altérations typiques d'une infection aiguë à streptocoques, avec présence du bacille diphthérique court dans les voies aériennes et du bacille long dans la protubérance : ce dernier seul était virulent. Peut être a-t-il traversé les muqueuses respiratoires sans y rester.

*** M. COMBY rapporte un nouveau cas de maladie de BARLOW, pris pour un rhumatisme articulaire aigu. La cause en était une alimentation au lait maternisé : l'enfant guérit par le traitement antiscorbutique. Le lait stérilisé est dépourvu des propriétés particulières que possède un aliment frais ; mais son emploi est rarement suivi d'accidents.

M. VARIOT dit que le lait stérilisé industriellement donne de nombreux succès dans le traitement de l'atrophie infantile.

M. LENGLET présente, à la **Société de Dermatologie**, la culture pure du bacille de DUCREY. Pour l'obtenir, il a dû soumettre les éléments protéiques de la peau humaine à l'action de certains ferments solubles énergiques. La vie de cette culture ne dépasse pas trois jours. C'est un strepto-bacille à bouts arrondis, disposé

en chaînettes, long d'un millième de millimètre, ne prenant pas le Gram.

*** M. JEANSELME s'occupe du mécanisme de l'alopécie due à l'acétate de thallium. Une malade en prit un quart de gramme : son cuir chevelu fut entièrement dénudé. Trois mois après, la reprise de croissance ne s'est montrée que dans un très petit nombre de follicules pileux et il est à craindre que les autres ne soient irrémédiablement perdus. Dans la chevelure entière, qui a été électrolysée et soumise à l'examen spectroscopique, on n'a pas retrouvé le métal, bien que cette méthode en puisse mettre en évidence un cinquantième de milligramme.

*** M. MUNRO présente un travail sur l'histologie de la lésion élémentaire du psoriasis à son premier début. Le processus débute immédiatement au dessous de la couche cornée par l'envahissement d'un groupe de cellules épidermiques par des cellules migratrices. Il se fait de petits abcès miliaires de cette couche cornée, et c'est autour de ces abcès préformés que la réaction épidermique détermine l'hyperkératose.

*** M. DUCASTEL montre un homme qui, à la suite d'un accident de voiture, a engraissé d'une livre par jour pendant plus de deux mois.

*** M. DANLOS présente un malade chez lequel on nota, à la suite de l'ingestion d'iodure de potassium, des lésions cutanées accompagnées d'un prurit intense Ces accidents cédèrent à la médication arsenicale. M. LEREDDE a étudié ce sujet et le considère comme atteint de dermatose de DUHRING, de par l'éosinophilie et l'excrétion de cellules éosinophiles par les formations cavitaires de la peau. Il est ainsi établi que l'iodure de potassium peut déterminer une dermatose de DUHRING vraie. Outre l'hypoglobulie et l hypochromie, on note dans ce cas une diminution constante du taux des leucocytes polynucléaires et la présence de formes cellulaires anormales : ces formes sont des cellules de la moelle osseuse. L'origine des altérations sanguines doit être cherchée dans la moelle osseuse, centre de formation des cellules éosinophiles. Les lésions de la moelle peuvent être déterminées par des corps toxiques connus (iodure de potassium), par des substances toxiques qui se développent pendant la grossesse et provoquent l'herpès gestationis, peut-être même par des toxines microbiennes.

Les dermatoses de DUHRING, d'HALLOPEAU, de NEUMANN, le pemphigus foliacé de CAZENAVE, l'herpès gestationis, ne sont pour M. LEREDDE, que des formes cliniques d'une hématodermite d'origine toxique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la valeur séméiologique des cellules éosinophiles dans les crachats tuberculeux (1)

PAR MM.

G. Carrière, Professeur agrégé des Facultés de médecine, Chef du laboratoire des cliniques à la Faculté de Lille

ET

P. Bourneville, Préparateur au laboratoire des cliniques de la Faculté de Lille

Travail du Laboratoire des Cliniques

La notion de l'existence de cellules éosinophiles dans les produits d'expectoration est de date relativement récente et, cependant, la bibliographie est riche en recherches entreprises à ce sujet. Longtemps elles ont été considérées comme caractéristiques de l'expectoration qui accompagne l'accès d'asthme. Il n'en est rien et, en Allemagne surtout, on s'est attaché à démontrer qu'on retrouvait ces éléments cellulaires dans l'expectoration d'une foule d'affections des voies respiratoires : bronchites aiguës ou chroniques, dilatation des bronches, pneumonie, bronchopneumonie, tuberculose, etc....

Nous ne nous sommes occupés dans nos recherches que de la tuberculose pulmonaire.

Dans un travail paru dans le *Centralblatt für Medicin* (5) de cette année même, M. TEICHMULLER arrive aux conclusions suivantes :

La présence des cellules éosinophiles dans les crachats est fréquente ; il l'a notée 111 fois sur 153. Elle dépend de l'état général, de la fièvre, de la nature des lésions, des complications intercurrentes. On l'observe longtemps avant celle des bacilles de KOCH, et les cellules éosinophiles disparaissent quand ceux-ci deviennent très nombreux.

Nos recherches, comme on le verra, ne correspondent que partiellement avec celles de l'auteur allemand, et nous aurons, sur plusieurs points, à comparer ses résultats aux nôtres.

Et, d'abord, qu'est-ce qu'une cellule éosinophile?

On donne ce nom à des éléments cellulaires dont les granulations protoplasmiques ont une affinité particulière pour l'éosine. Découvertes par EHRLICH dans le sang, puis étudiées par SCHWARZE, SPILLING, NEUSER, CANON, LEYDEN, ces cellules furent signalées dans les crachats des asthmatiques par MULLER en 1890 (1), puis par LEYDEN (2), SCHMIDT (3). — MONDYBUR (6), en 1892, puis ZAPPERT (4), en 1893, démontraient que la présence des cellules éosinophiles dans les crachats n'était nullement pathognomonique de l'asthme et

(1) Communication à la *Société de Biologie*, séance du 19 novemb. 1898.

qu'on les retrouvait dans la tuberculose, les bronchites et la pneumonie.

Plusieurs procédés ont été donnés pour colorer ces éléments cellulaires. Les auteurs allemands en ont donné des techniques, toutes plus compliquées les unes que les autres,à l'aide de colorants d'une composition plus ou moins difficultueuse.

Voici le procédé que nous avons employé et qui nous a toujours donné de bonnes colorations :

1° Fixation des crachats sur la lame (où on les a étalés en mince couche) en passant trois fois dans la flamme non éclairante d'un bec de Bunsen, et en plaçant la lamelle dans un mélange à parties égales d'alcool absolu et d'éther ; 2° au bout de quelques instants on retire la lamelle, on la passe dans l'alcool absolu ; 3° on colore pendant deux minutes dans une solution aqueuse saturée d'éosine ; 4° on lave à grande eau ; 5° on passe rapidement dans une solution aqueuse saturée de bleu de méthylène ; 6° on lave à l'eau ; 7° sécher à l'étuve à 39° ; 8° xylol ; baume du Canada au xylol ; montage.

Les éléments cellulaires éosinophiles ont leur noyau bleuté, leurs granulations protoplasmiques rouges ; tous les autres éléments ont leur noyau bleu, leur protoplasma en bleu pâle.

Tout d'abord il convient de savoir quand la présence des cellules éosinophiles devient anormale, car dans tous les crachats examinés provenant de diverses affections des voies respiratoires, nous avons trouvé des cellules éosinophiles. Leur proportion est, il est vrai, infinitésimale, il faut de patientes recherches pour en découvrir une sur cent éléments cellulaires. Il nous semble que l'on peut dire, d'une façon générale, que *la présence des cellules éosinophiles est anormale toutes les fois qu'on en trouve plus de trois sur cent éléments cellulaires examinés.* Ces notions préliminaires une fois posées nous allons voir quelles sont les résultats de nos recherches sur la présence des cellules éosinophiles dans les crachats tuberculeux. Leur présence en nombre anormal nous a semblé bien moins fréquente que ne l'affirme Teichmüller. Nous avons examiné 48 cas de tuberculose pulmonaire indubitable et voici le résultat de nos investigations.

15	fois nous avons trouvé	dans ces crachats	une proportion supre	à 3 °/ₒ
12	»	»	»	à 5 °/ₒ
11	»	»	»	à 10 °/ₒ
5	»	»	»	à 15 °/ₒ
3	»	»	»	à 20 °/ₒ
2	»	»	»	à 25 °/ₒ

Nous ne pouvons considérer comme cellules éosinophiles les grains éosinophiles libres, provenant vraisemblablement de l'éclatement des cellules et dont la présence est très fréquente.

L'âge des malades ne semble exercer aucune influence sur la présence de ces éléments cellulaires dans les crachats. On peut dire cependant qu'elle est plus rare chez les malades avancés en âge.

Le sexe n'a aucune influence.

On ne les trouve pas avec une égale fréquence dans les différentes formes de la tuberculose pulmonaire. Jamais nous n'avons trouvé de cellules éosinophiles dans trois cas de granulie aiguë. C'est dans les formes subaiguës, dans la phtisie galopante qu'on les retrouve le plus fréquemment. Moins souvent, mais assez souvent encore, on constate leur présence dans les formes chroniques de la maladie.

Il est rare de noter une proportion de 10 °/ₒ lorsque les malades sont arrivés à la troisième période de la maladie. Les proportions les plus élevées s'observent à la première et à la deuxième période, surtout au début de cette dernière, à la phase dite de ramollissement.

La présence des cellules éosinophiles dans les crachats des tuberculeux n'est pas en rapport avec la toux. Elle s'observe surtout quand la dyspnée est prononcée et la proportion s'élève si la dyspnée augmente. Nous avons observé un cas de phtisie dite asthmatiforme où l'expectoration renfermait presque exclusivement des cellules éosinophiles. C'est particulièrement quand l'expectoration est muco-purulente qu'on y trouve de nombreux éléments éosinophiles, et l'expectoration dans ces cas est presque toujours très abondante. Il est rare de noter une proportion supérieure à 5 °/ₒ quand le phtisique arrivé à la période des cavernes, a une expectoration franchement purulente.

C'est surtout dans les formes hémoptoïques que les crachats renferment le plus grand nombre de cellules éosinophiles. En ce cas on constate que leur nombre, considérable au lendemain de l'hémoptysie, décroît ensuite rapidement les jours qui suivent.

La fièvre n'a pas, nous semble-t-il, une grande influence sur l'apparition des cellules éosinophiles dans les crachats. Nous avons fait des examens de crachats dans des cas à fièvre continue ; la proportion des cellules ne nous y a pas semblé supérieure à 5 °/ₒ.

Dans les cas à fièvre intermittente il paraît que le

nombre augmente après la poussée fébrile, diminue pendant qu'elle a lieu.

Dans les cas à fièvre hectique il n'y a pas d'augmentation.

L'état général des malades examinés par nous était variable. Il semble néanmoins que chez les cachectiques, il n'y a pas augmentation du nombre des éosinophiles des crachats. Nous n'avons jamais observé cette augmentation que chez des malades dont l'état général était, somme toute, satisfaisant.

Parmi les complications qui s'accompagnent d'une augmentation des éosinophiles des crachats, il convient de placer par ordre de fréquence : la congestion, la bronchite, la broncho-pneumonie.

L'examen bactérioscopique des crachats a toujours été pratiqué simultanément. Il est certain, comme Teichmuller l'a observé, que le nombre des éosinophiles est moins grand quand les crachats sont farcis de bacilles.

Cependant, si le malade est encore à la première ou à la deuxième période, si ses crachats renferment beaucoup de bacilles, on peut y noter un nombre anormal d'éosinophiles. Contrairement à ceci, si le malade est à la troisième période, peu importe que ses crachats renferment beaucoup de bacilles, ils renfermeront toujours peu d'éosinophiles.

Il y a donc plutôt un rapport avec la période qu'avec le nombre des bacilles.

Nous avons cherché aussi à savoir s'il y avait un rapport entre l'augmentation des éosinophiles et les associations microbiennes.

Il serait prématuré de poser ici des conclusions.

Il nous semble cependant que l'augmentation des éosinophiles des crachats s'observait surtout dans les associations bacillo-pneumococcique et bacillo-tétragénique. Ceci demanderait à être vérifié. Il n'est pas possible d'établir un rapport entre le nombre des cellules éosinophiles et celui des globules de pus, des leucocytes mono ou polynucléaires et des leucocytes à granulations γ, δ, ε.

Y a-t-il un rapport entre la présence des éosinophiles dans les crachats et la médication employée ?

Nous ne le croyons pas, car nous l'avons notée avec une fréquence égale chez les malades traités par la créosote, l'iodoforme, le créosotal, le gaïacol, l'arsenic et l'ichtyol.

Il n'y a pas de rapport entre la présence des cellules éosinophiles dans les crachats et celle des cristaux de Charcot-Leyden, comme le veulent quelques auteurs allemands.

Nous avons entrepris une série de recherches pour savoir si l'apparition des cellules éosinophiles dans les crachats correspondait à des modifications du sang. Nous avons donc examiné le sang dans 34 cas.

a) Elle semble coïncider et être en rapport avec une hypoglobulie plus ou moins marquée.

b) Elle ne correspond pas à des phénomènes d'hyper ou d'hypoleucocytose.

c) Pas plus du reste qu'à une augmentation des éosinophiles du sang.

Jusqu'à nouvel ordre il ne nous est pas permis d'interpréter la pathogénie des éléments cellulaires. Nous avons entrepris une série d'expériences pour y arriver : nous les relaterons ultérieurement. Pour le moment, ce que nous pouvons dire, c'est qu'il y a un rapport probable entre la production de ces cellules éosinophiles et l'intoxication tuberculeuse. Expérimentalement l'un d'entre nous a pu constater que, si on injecte la tuberculine brute aux doses de 1, 2, 3 décimilligrammes on observe l'apparition de cellules éosinophiles dans le sang.

Nous reprendrons ces expériences et essaierons de voir quelle est la cause intime de la production de ces cellules éosinophiles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Müller, Fink. — Dissert. Bonn., 1890. Beitrag zür Kenntniss des Sputums.
2. Leyden. — Deutsche med. Wochenschrift. S. 1085-1891.
3. Schmidt. — Beitrag zür Kenntniss des Sputums und z. Pathol. des Asthmas. Zeitschr. f. Klinik medicin. Bd XX, S. 467.
4. Zappert. — Zeitschr. f. Klinik medicin. S. 260, 1893.
5. Teichmüller. — Centralbl. f. medicin. 1898.
6. Mondybur. — Wiener med. Wochenschr. 7 et 9, 1892.

REVUE GÉNÉRALE

Complications broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde

Par le docteur **A. Deléarde**,
agrégé, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur

Chez un malade atteint de fièvre typhoïde, l'appareil respiratoire, comme tous les autres appareils de l'économie, est touché par l'infection typhique. Dans les formes normales, c'est-à-dire dans celles qui évoluent sans grand éclat et aboutissent à la guérison après un délai de trois à quatre septenaires, il se produit toujours, pendant la période d'ascension

thermique, une bronchite légère et surtout congestive, ou, accompagnant la période d'état, une bronchite plus intense que la première, tantôt lui faisant suite, tantôt apparaissant de toutes pièces du septième au quinzième jour. Mais en général ces bronchites ne revêtent pas un caractère de gravité bien marqué et, comme les autres symptômes de la dothiénentérie, s'amendent peu à peu sans laisser de traces.

A côté de ces manifestations bronchiques bénignes on rencontre quelquefois des localisations broncho-pulmonaires plus graves venant compliquer la fièvre typhoïde et lui donner une forme clinique particulière. Ce sont ces complications que je me propose d'étudier dans cette revue générale.

Historique. — Les complications broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde ont été remarquées depuis longtemps par les cliniciens. PETIT et SERRES les signalent en 1813, LOUIS en fait une étude plus complète, mais c'est surtout DELARROQUE qui, en 1837, dans son traité sur la fièvre typhoïde, consacre un article spécial « *au catarrhe bronchique considéré comme complication de la fièvre typhoïde* ». Quelques années plus tard, en 1866, MONNERET étudie la bronchite typhique et fait remarquer qu'elle peut s'associer à une congestion pulmonaire qui augmente la gravité du pronostic. En 1873, HAYEM, dans sa thèse d'agrégation sur les bronchites, passe en revue les principales formes de bronchite rencontrées chez les typhiques.

POTAIN, GÉRARDT, LÉPINE signalent les pneumonies apparaissant soit au début, soit à la période d'état de la fièvre typhoïde.

Depuis cette époque un grand nombre de communications et d'études ont paru sur ce sujet. Les noms des auteurs et le résumé de leurs recherches se trouvent consignés dans les thèses de G. DE MARIGNAC. *Contribution à l'étude clinique de la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde. Paris, 1881.* BILLOUT. *De la bronchite dans la fièvre typhoïde. Paris, 1890.* BRUNEAU. *Nature des complications broncho-pleuro-pulmonaires de la fièvre typhoïde. Paris, 1895.*

Cet exposé rapide des travaux des cliniciens sur cette question montre combien l'attention a déjà été attirée de ce côté, il nous reste maintenant à étudier sous quelles formes peuvent se manifester les complications broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde.

J'ai signalé au début de cette revue l'existence permanente de la bronchite dans la dothiénentérie-bronchite en général bénigne et suivie d'une *restitutio ad integrum* de la partie malade. Cependant l'évolution de la bronchite peut changer subitement de caractère et l'on assiste alors à l'éclosion de phénomènes graves. La température monte rapidement à 40° et même au-delà surtout le soir ; l'état de stupeur et d'hébétude augmente, la céphalée devient plus marquée, en même temps que les phénomènes stéthoscopiques prennent une plus grande acuité. Aux râles ronflants et secs viennent s'ajouter des râles sibilants, humides, muqueux, entremêlés de râles plus fins qui s'accusent surtout aux bases, en arrière, et marquent un engorgement hypostatique des poumons. L'expectoration manque souvent alors même que le catarrhe est de toute évidence. Enfin les progrès de l'hyperhémie bronchique peuvent être tels que la terminaison se produit dans les dix ou quatorze premiers jours. Le malade succombe par l'asphyxie mécanique, n'ayant pas la force d'éliminer les sécrétions qui s'accumulent dans l'arbre bronchique.

Dans d'autres cas la **bronchite** éclate **à la période d'état** et assombrit le pronostic, car elle a une signification beaucoup plus sérieuse. Cette complication influe non seulement sur la marche de la maladie, elle apporte son contingent à la gravité déjà si marquée des manifestations morbides C'est vers le milieu de la période d'état qu'elle présente son plus grand développement. Dans cette variété de bronchite intervient un symptôme précoce, la dyspnée. Celle-ci est due à la perméabilité insuffisante des canaux bronchiques, mais les désordres cardiaques et nerveux dus à l'intoxication typhique doivent aussi entrer pour une bonne part dans la pathogénie de cette dyspnée. La toux est fréquente et le malade est en proie à des accès continuels qui ne lui laissent aucun repos. Dans toute la poitrine on entend de gros râles muqueux mêlés à des bouffées de râles sous-crépitants et crépitants dus à la congestion hypostatique des bases. Lorsque la toux n'existe pas, c'est que l'adynamie est considérable et qu'il existe déjà un état subcomateux diminuant la sensibilité générale et bronchique. La bronchite de la période d'état peut s'annoncer par des douleurs

vagues dans la poitrine et par une légère ascension de la température ; mais ces symptômes de début passent facilement inaperçus au milieu des signes ordinaires de la fièvre typhoïde. Si le cœur fonctionne bien, si l'adynamie générale n'est pas trop profonde, en un mot, si le poison typhique n'a pas touché trop fortement l'organisme du malade il peut encore se tirer d'affaire, mais il faut bien reconnaître que la bronchite apparaissant dans le cours de la période d'état, entre le deuxième et le troisième septenaire, est grave.

Dans la thèse de Billout se trouvent relatées trois observations de fièvre typhoïde ayant débuté par de la bronchite. L'auteur donne le nom de **broncho-typhoïde** ou de **broncho-typhus** à cette variété de bronchite et en donne une description complète. « Dans les cas de ce genre, dit Billout, on a affaire à une manifestation isolée, initiale, qui paraît constituer toute la maladie, concentre sur elle tout examen, déroute le diagnostic et comporte des déductions nosologiques et pathogéniques du plus haut intérêt. »

Cette forme débute généralement sans prodromes. On peut croire à une bronchite aiguë, violente. Les frissons sont courts et fréquents, les quintes de toux sèche et pénible se succèdent à de courts intervalles, l'expectoration est faible et mousseuse. Dès le deuxième jour l'auscultation décèle dans toute la poitrine des râles sibilants, la fièvre se maintient aux environs de 39°, l'oppression est marquée. L'état général est médiocre, le malade est abattu, somnolent, la peau est sèche et brûlante, il se plaint de céphalée.

Vers le huitième jour la bronchite diminue, mais les symptômes généraux augmentent. La stupeur est plus grande, le malade éprouve des bourdonnements d'oreilles, de l'insomnie ; la diarrhée apparaît, la température reste élevée, enfin tous les signes de la dothiénentérie s'installent un à un et cette affection évolue alors comme à l'ordinaire.

Telles sont les complications bronchiques qui peuvent survenir au début ou dans le cours de la fièvre typhoïde. Il nous faut maintenant étudier les complications pulmonaires apparaissant soit d'emblée, soit comme terminaison d'une forme bronchique.

Le processus inflammatoire existant d'abord sur les bronches de gros ou moyen calibre peut s'étendre aux ramifications les plus petites et gagner même leurs terminaisons alvéolaires. Citons d'abord une forme liée de bien près à la bronchite, c'est l'**hyperhémie pulmonaire** ou encore la **congestion active** que l'on réunit fréquemment sous le vocable général d'**hyperhémie broncho-pulmonaire**.

Les signes qui permettent de la reconnaître sont les mêmes que ceux de la bronchite, mais on constate en outre une diminution marquée du murmure respiratoire, et, pendant un effort de toux, des râles crépitants fins et secs ; à la percussion une submatité avec une légère augmentation des vibrations. L'expectoration lorsqu'elle existe est peu abondante, les crachats sont adhérents, rougeâtres. Tous ces signes prédominent aux bases. Dans quelques cas rares et particulièrement graves, lorsque la congestion occupe une assez grande étendue des poumons, ces symptômes donnent lieu à des accidents violents et menaçants de toux spasmodique et de dyspnée extrême.

La **splénisation** ou **pneumonie hypostatique** représente un état plus avancé de la forme précédente. C'est une lésion de la période d'état, de la troisième et quatrième semaine. Elle s'accompagne presque toujours d'une adynamie profonde et d'un état général mauvais, ce qui augmente encore sa gravité. Louis l'a notée 19 fois sur 45 cas, Jenner l'a trouvée 6 fois sur 15 et enfin Murchinson 7 sur 19. La splénisation siège surtout aux bases : Le poumon est, en ces endroits, de couleur violet sombre, de consistance élastique et coriace, la coupe est lisse et laisse exsuder une sérosité sanguinolente ou du sang pur mélangé de bulles d'air. Le poumon splénisé plonge. Au point de vue histologique on trouve un affaiblissement des alvéoles, la desquamation épithéliale et la présence dans les alvéoles de globules rouges et blancs et d'un faible réseau fibrineux.

Le début de la splénisation est insidieux. A l'examen on constate une diminution de sonorité et un affaiblissement du murmure vésiculaire ; les râles manquent souvent ainsi que le souffle et la bronchophonie ; il n'y a pas de toux ni d'expectoration. Les signes physiques sont plus évidents ; ils rappellent ceux de l'asphyxie pulmonaire, la face, les extrémités sont cyanosées et refroidies, le pouls est petit, faible, la respiration est accélérée ; le malade ne tarde pas à succomber aux progrès de l'asphyxie.

Près de la splénisation et l'accompagnant souvent il faut placer l'**œdème pulmonaire**, complication redoutable. La poitrine se remplit de râles fins, dit

HOMOLLE. Ces accidents deviennent rapidement menaçants et le malade peut succomber en quelques heures à l'asphyxie par écume bronchique.

La **broncho-pneumonie** est assez fréquente dans la fièvre typhoïde. HOFFMANN donne 38 pneumonies lobulaires sur 250 autopsies et JOFFROY admet la proportion moyenne de 7 pour 100. CADET DE GASSICOURT ne l'a rencontrée chez l'enfant que dans 2 pour 100 des cas.

Ordinairement tardive, la broncho-pneumonie s'installe sans phénomènes marqués, sauf cependant lorsqu'elle survient au déclin de la fièvre typhoïde où son invasion se manifeste par une recrudescence thermique et un frisson. Les signes physiques sont assez effacés et sont perdus au milieu de ceux d'une bronchite généralisée ; les foyers de râles et de souffle tubaire sont assez rares, la dyspnée est assez violente. La broncho-pneumonie de la période d'état est toujours grave, car sa terminaison ordinaire est la purulence, puis la gangrène. Elle peut aussi quelquefois être suivie d'une dilatation bronchique. GRIESINGER a donné une bonne étude anatomo-pathologique des lésions : les inflammations lobulaires, dit-il, se produisent disséminées soit dans les points d'hypostase, soit dans le tissu sain, dans les lobes supérieurs par exemple, sous forme de foyers multiples d'un rouge obscur au début, plus tard d'un gris jaunâtre, durs, un peu friables, tout à fait privés d'air. »

La **pneumonie** peut également se déclarer sur un malade atteint de fièvre typhoïde et cela à plusieurs périodes de cette affection. Dans sa thèse, DE MARIGNAC étudie cette question et montre que la pneumonie se manifeste tantôt au début, tantôt dans la période d'état, ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Pneumonie du début de la fièvre typhoïde. — C'est à cette forme particulière de pneumonie que l'on a donné le nom de **pneumo-typhoïde** ou **pneumo-typhus**. Avant de présenter tous les symptômes de la dothiénentérie le malade offre ceux d'une pneumonie vulgaire, tout évolue comme si l'intestin était indemne. Malaise précédant de quelques jours l'apparition du frisson, du point de côté et de la toux. La température s'élève rapidement entre 39 et 40° ; le pouls est fréquent, la rate est augmentée de volume et il y a un peu de diarrhée : à l'auscultation on retrouve les signes physiques de la pneumonie. A ce moment la maladie peut présenter deux terminaisons différentes. Elle aboutit à la guérison et l'on voit simplement persister quelques phénomènes généraux jusqu'à la fin du deuxième ou troisième septenaire, tandis que les signes stéthoscopiques se sont considérablement amendés dès la fin du premier septenaire. Les taches rosées et les autres symptômes de la fièvre typhoïde sont venus affirmer la prédominance de l'infection éberthienne qui suit son cours normal.

Mais l'évolution n'est pas toujours si heureuse : la mort peut survenir et alors on voit les phénomènes s'aggraver de plus en plus ; tantôt ce sont les signes d'une lésion pulmonaire qui sont prédominants, tantôt au contraire ils se sont un peu amendés et ont laissé la place à l'adynamie de la fièvre typhoïde. Lorsque la maladie aboutit à la mort elle ne dure pas longtemps ; sur quatre cas relevés par DE MARIGNAC, trois fois elle est surveuue du septième au dixième jour, une fois elle ne se produisit que vers le quinzième jour. Le pronostic est donc sérieux ; on pourra l'établir d'après l'état général du malade.

Diagnostic : Le pneumo-typhus ne doit pas être confondu avec la pneumonie à forme typhoïde ainsi appelée à cause des phénomènes généraux graves et de la prostration profonde dans laquelle elle plonge le malade. Ce diagnostic est des plus difficiles, d'après POTAIN, il est, cependant, très important à établir tant au point de vue du pronostic que des indications thérapeutiques. L'état général, les signes gastro-intestinaux, le début peuvent être les mêmes dans les deux cas. Mais la pneumonie typhoïde frappe surtout les individus débilités, fatigués, elle atteint plus facilement les vieillards que la dothiénentérie. Elle ne s'accompagne pas d'éruptions de taches rosées, le ventre est en général plat et non météorisé. C'est dans des cas de ce genre où le diagnostic est si ardu que la recherche de la séro-réaction est utile et permet de résoudre le problème d'une façon affirmative. Il est vrai que l'on a cité des cas où l'agglutination ne s'est montrée que longtemps après le début des symptômes, mais ces constatations ne sont que l'exception et le séro-diagnostic conserve toute sa valeur et toute son utilité.

Pneumonie lobaire survenant pendant la période d'état de la fièvre typhoïde. — Cette forme de pneumonie commence à apparaître à la fin du deuxième septenaire, elle a son maximum de

fréquence du dix-sept au vingtième jour, sur les quatorze cas publiés par DE MARIGNAC. Il est exceptionnel que le début de cette pneumonie rappelle celui de la pneumonie franche aiguë. Le point de côté est rare, ainsi que le frisson, la température peut se modifier de deux façons ; elle présente tantôt une recrudescence qui, d'après WUNDERLICH, est assez notable ; tantôt, au contraire, une chute atteignant, d'après trois observations de DE MARIGNAC, 1 à 2°. Je viens d'observer à la clinique médicale de Saint-Sauveur, deux malades atteints de fièvre typhoïde et qui sont morts tous deux. Chez l'un, la pneumonie diagnostiquée pendant la vie et vérifiée à l'autopsie, s'est déclarée au seizième jour de la maladie, la température est tombée brusquement de 2° ; chez l'autre, dont l'autopsie n'a pu être faite, il y a eu une chute de 2/10 de degré qui s'est maintenue pendant trois jours. Quelquefois aussi la courbe thermométrique est peu influencée et la pneumonie n'est signalée par aucun phénomène sérieux. Le pouls augmente de fréquence, la respiration est difficile, la toux existe rarement, l'expectoration n'est pas de règle. Les signes physiques sont plus marqués ; la matité, le souffle tubaire, les râles crépitants se retrouvent dans la plupart des observations. Les phénomènes généraux s'accentuent, la prostration, l'adynamie sont très intenses ; l'abattement va en augmentant pour aboutir au collapsus, puis à la mort. Telle en est, en effet, la terminaison habituelle. GRISOLLE signalait déjà le pronostic funeste de la pneumonie de la période d'état, et DE MARIGNAC, sur treize cas, ne relève que trois guérisons. Les statistiques fournies par les autres auteurs sont aussi sombres ; les deux malades de St-Sauveur ont succombé. En résumé on peut dire, avec MONNERET et FLEURY, qu'une des complications les plus redoutables de la fièvre typhoïde est la pneumonie lobaire.

Le **diagnostic** de la pneumonie est assez difficile ; si l'on n'auscultait pas tous les jours le malade, l'on risquerait souvent de laisser passer inaperçue cette grave complication. La symptomatologie nous a montré, en effet, qu'une modification dans la courbe thermique, la dyspnée, la prostration étaient souvent les seuls signes annonçant au clinicien la naissance de la pneumonie ; encore peuvent-ils être si peu marqués, qu'ils passent inaperçus. La congestion hypostatique du poumon siège aux deux bases, tandis que la pneumonie est plus souvent simple et n'est pas forcément localisée à la base ; le souffle tubaire manque dans la première affection.

Dans la broncho-pneumonie le souffle et la matité sont moins nets que dans la pneumonie, ils sont aussi moins persistants au même point, mais l'erreur est facile.

La pleurésie se reconnaît par la différence dans la tonalité du souffle et par l'absence de vibrations ; la ponction exploratrice lèverait tous les doutes.

Enfin la pneumonie peut survenir **pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.** Dans ce cas, le début et la marche de l'inflammation pulmonaire sont généralement assez évidents. Le frisson initial, le point de côté, la dyspnée et une recrudescence dans la température qui était redevenue normale, font penser à une complication inattendue. L'examen physique vient confirmer le diagnostic. Une fois établie, la maladie suit le cours ordinaire d'une pneumonie classique. Le pronostic est d'autant plus bénin que la pneumonie se déclare à un moment plus avancé dans la convalescence.

La **gangrène pulmonaire** n'est pas un accident rare. Elle peut succéder à une broncho-pneumonie ou encore être le résultat d'une infection partie d'un point périphérique, telle que l'escharre due au décubitus prolongé ou un foyer gangréneux du pharynx ou du larynx. La gangrène pulmonaire se présente sous la forme de foyers multiples disséminés, plus ou moins étendus. Elle présente un caractère d'extrême gravité.

Les **embolies de l'artère pulmonaire** déterminant la mort subite ou très rapide proviennent des thromboses des membres inférieurs. Elles s'arrêtent à la bifurcation ou dans les ramifications plus éloignées de l'artère pulmonaire, suivant leur volume. La mort subite, foudroyante est due à une syncope, la mort plus lente est causée par l'asphyxie.

Les **infarctus hémorrhagiques** et **l'apoplexie pulmonaire** dépendent des mêmes causes que l'embolie de l'artère pulmonaire. C'est un embolus qui part d'une phlébite typhique et vient produire les accidents dans le poumon. Le malade expectore des crachats plus ou moins sanglants, quelquefois même une véritable hémoptysie se produit. Les signes physiques sont ceux d'une condensation limitée du poumon (souffle, submatité).

Au point de vue **pathogénique**, les complications

broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde pourraient être divisées en deux classes :

1° Celles relevant d'un trouble cardiaque, myocardite typhique ;

2° Celles dues à une infection microbienne, bacille typhique, streptocoques, pneumocoques, etc.

Complications relevant de la myocardite typhique. — L'action de la toxine typhique sur le myocarde est bien connue. Elle détermine dans le fonctionnement du cœur des désordres graves qui se manifestent par une diminution dans l'énergie des systoles ou à un degré plus avancé par de l'arythmie pouvant même aller jusqu'à la suspension complète des battements cardiaques amenant la syncope et la mort subite. Cette myocardite a un retentissement sur la circulation pulmonaire et contribue pour une grosse part dans la formation de certaines complications broncho-pulmonaires. Les diverses variétés de bronchites que j'ai signalées relèvent de l'état du cœur et l'hyperhémie de bronches en est la lésion anatomo-pathologique. La pneumonie hypostatique ou splénisation, ainsi que la congestion broncho-pulmonaire, dépendent également de la myocardite. L'œdème pulmonaire peut présenter deux origines : il peut être dû à la faiblesse cardiaque, ou n'être que la traduction d'une néphrite typhique.

Les **complications dues à une infection microbienne** sont la broncho-pneumonie, la pneumonie, la gangrène pulmonaire. Mais relèvent-elles du bacille typhique ou sont-elles causées par les microorganismes spécifiques de ces infections ? La réponse à cette question est difficile, car les résultats des recherches sont très différents les uns des autres.

Chantemesse et Widal ont obtenu des cultures de bacilles typhiques avec des poumons atteints de pneumonie à n'importe quelle période de la maladie. On aurait pu croire, disent ces auteurs, que l'hépatisation était due à ce microbe, mais l'inoculation simultanée d'une parcelle du poumon à une souris, l'a toujours fait périr par infection pneumococcique. D'autres auteurs ont trouvé également le bacille typhique. Bruneau, dans sa thèse, donne les chiffres suivants : Pour la pneumonie, sur dix-neuf cas on aurait trouvé trois fois le pneumocoque, une fois ce microbe associé au bacille d'Eberth et quinze fois d'autres microbes. Pour la broncho-pneumonie, sur vingt-trois cas, quatre sont dus au bacille typhique seul, cinq au bacille typhique associé à d'autres micro-organismes, seize à des microbes différents, streptocoques, staphylocoques.

En résumé, on voit que le bacille d'Eberth ne se rencontre pas d'une façon permanente dans les exsudats pulmonaires. Cette constatation n'est pas d'ailleurs extraordinaire, puisque l'on sait que le microbe de la fièvre typhoïde n'existe pas dans le sang. La majorité des cas montre l'absence du bacille typhique dans les complications inflammatoires du poumon. Sa présence est l'exception ; on peut donc dire que les bactéries spécifiques, pneumocoques et streptocoques restent les hôtes ordinaires de la pneumonie et de la broncho-pneumonie typhique.

L'infection éberthienne a préparé le terrain et sous son influence les microbes que l'on trouve à l'état normal dans les premières voies respiratoires ont acquis une virulence suffisante pour envahir le poumon et s'y développer.

La fréquence des complications broncho-pulmonaires varie beaucoup suivant les statistiques ; aussi un chiffre même approximatif ne peut-il être donné. Elles dépendent, en effet, d'un certain nombre de circonstances. Elles tiennent d'abord au malade lui-même. Un individu touché profondément dans tout son organisme par le poison typhique présentera une résistance moindre à l'invasion des microbes étrangers et par suite à l'éclosion de maladies intercurrentes. La contagion doit aussi entrer en ligne de compte. Enfin il est à noter que certaines épidémies de fièvre typhoïde ont été marquées par une prédominance de complications broncho-pulmonaires tenant à des causes que l'on n'a pu encore bien expliquer.

Traitement. — Que la complication de la fièvre typhoïde frappe les bronches ou le poumon, le traitement variera peu et il ne peut surtout que s'adresser à l'état général du malade. Ce sont les stimulants cardiaques, les toniques sous toutes les formes qu'il faudra d'abord employer. La caféine, l'éther en injections hypodermiques, la kola, l'acétate d'ammoniaque seront administrés largement. On y joindra l'alcool, le vin de champagne, le malaga, et en général les vins généreux. Les injections de sérum artificiel sous la peau ou dans les veines seront d'un précieux secours, car le lavage du sang ne peut trouver de meilleure indication, la dose à employer variera entre 2 et 500 centimètres cubes. Dans les congestions passives du poumon, ainsi que dans les lésions inflammatoires,

les révulsifs locaux comme les applications répétées de teinture d'iode, les pointes de feu, les ventouses sèches ou mieux encore scarifiées et même les sangsues ne sont pas à négliger.

Faut-il cesser les bains froids en présence d'une complication broncho-pulmonaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde ? Les avis sont partagés à ce sujet. Certains auteurs ont mis sur le compte de l'hydrothérapie froide les broncho-pneumonies et les pneumonies et de ce fait ont suspendu les bains lorsqu'éclataient ces complications. D'autres n'ont pas considéré ces mêmes accidents comme une contre-indication aux bains froids et ont conservé le traitement. J'ai suivi l'une et l'autre méthode pour chacune des pneumonies typhiques que je viens d'avoir l'occasion de rencontrer. Le résultat a été le même dans les deux cas, les malades ont succombé. C'est la terminaison ordinaire de toutes les complications broncho-pulmonaires, malgré la thérapeutique employée, car leur pronostic est toujours très grave.

FAITS CLINIQUES

Deux cas de désarticulation de la hanche par la raquette externe modifiée

par le docteur **Moty**,
médecin-principal de 2e classe de l'hôpital militaire de Lille

J'ai l'honneur de présenter à la Société (1) deux désarticulés de la hanche gauche.

Le premier entré à l'hôpital militaire de Lille, le 10 janvier 1898, pour volumineux sarcome du creux poplité gauche, a été amputé de la cuisse au tiers moyen le 21 janvier. Au mois de juillet suivant, noyaux multiples de récidive dans le moignon, désarticulation de la hanche le 12 du même mois, par la raquette externe avec une modification que j'indiquerai plus loin, shok assez marqué après l'opération, injection salée (800 gr.), rétablissement rapide et cicatrisation par première intention sauf au niveau du drain.

Le deuxième a été amputé de la cuisse en 1897, pour tuberculose du membre inférieur gauche avec suppuration du genou ; l'amputation suivant immédiatement une tentative de résection du genou reconnue impraticable, fut suivie d'un shok très marqué, dont il ne se releva qu'au bout de deux jours après avoir reçu deux ou trois litres de solution salée. La cicatrisation se fit bien, mais des points de récidive apparurent dans le moignon, ainsi que des foyers secondaires à la malléole interne et au poignet droits. Evacué sur l'hôpital de Lille, le 18 août dernier, il présentait des fistules multiples et profondes de son moignon fémoral, la désarticulation était seule praticable. Elle fut exécutée le 27 août après injection préventive de 800 gr. d'eau salée et par le même procédé que la première.

Le shok fut nul et la réunion se fit presque complète par première intention entre les mains de mon collègue Barois qui voulut bien prendre en charge mon opéré à partir du sixième jour. Toutefois le dernier drain ne fut enlevé que le 10 octobre.

Ce que je me propose de relever à l'occasion de ces deux cas, c'est d'abord l'amélioration progressive des statistiques de la désarticulation. Cette amélioration est telle, d'après une très bonne thèse du docteur Coronat (1), que la mortalité de la désarticulation de la hanche est devenue presque nulle chez l'enfant, et que la moyenne actuelle des décès opératoires est descendue de 70 0/0 en 1877 à 30 0/0 en 1896.

L'usage des injections préventives d'eau salée contribuera certainement encore à améliorer ces résultats ; on peut remarquer en effet que le premier des opérés que je présente a eu un shok prononcé bien qu'il fût en bon état de santé générale et qu'il eût heureusement supporté son amputation de cuisse ; tandis que le second, qui avait présenté un shok très grave après son amputation de cuisse, mais qui a été injecté préventivement sur la table d'opérations, n'a plus eu aucun shok malgré son état de santé générale assez précaire.

Il est un troisième point sur lequel j'appelle l'attention : le tracé du lambeau. La très grande majorité des désarticulations de la hanche sont nécessitées par des tumeurs et doivent se faire le plus haut possible, mais on a cependant toute facilité pour choisir le dessin de son lambeau. Or, si l'on adopte la raquette externe, on a trop de peau en dedans et il reste après guérison une sorte d'appendice flasque assez disgracieux. Tel était le cas d'un opéré que je présentai il y a quelques années à la *Société de chirurgie*. Pour éviter ce petit inconvénient, l'incision doit être conduite jusqu'au milieu du pli génito-crural et descendre ensuite verticalement. On peut voir sur le second opéré que l'on obtient ainsi un moignon régulier, un peu mobile et parfaitement disposé pour l'application des appareils prothétiques.

(1) *Société centrale de médecine du Nord*, 11 novembre 1898.

(1) *La désarticulation coxo-fémorale*. Paris. Asselin et Houzeau, 1896.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

La nouvelle nous est parvenue au début de la semaine de la nomination de M. le docteur Moniez, professeur d'histoire naturelle à la faculté de médecine, comme inspecteur d'Académie, chargé d'une mission spéciale, en résidence à Paris. Le départ de notre collègue sera vivement ressenti à la Faculté; son activité trouvera à s'exercer dans ces fonctions de haute confiance. Nous lui adressons, au moment où il se sépare de nous, notre cordial souvenir.

— Le 20 juin 1899, devant la Faculté de médecine de Lille, s'ouvrira un concours pour l'emploi de **suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie** à l'École de médecine d'Amiens. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— *Ecole de médecine d'Amiens.* — Le 6 juin 1899, un concours s'ouvrira devant l'École de médecine d'Amiens pour l'emploi de **chef des travaux d'anatomie et de physiologie.**

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Université de Bordeaux. — Sont nommés après concours, **internes titulaires** : MM. Gentès, Quintrie, Bahans, Carles, Lafond, Rocher, Bouvier ; **internes provisoires** : MM. Aubaret, Nuel, de Richemond, Constantin, Péry, Martinet, Regett.

Distinctions honorifiques

Est nommé : *Chevalier de la Légion d'Honneur* : M. le docteur Boyé, médecin des colonies.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Delamare, de Bourg-Achard (Eure) ; Fuchs, vétérinaire sanitaire de la Seine ; Gueury, médecin inspecteur de l'armée, en retraite ; Turel, professeur à l'École de médecine de Grenoble ; Mouche, de Lartigue (Vendée) ; Lambert, médecin principal de la marine, en retraite ; Gruby, de Paris ; Leparquois, de Paris ; Devillers, de Saint-Laurent-Blangy (Pas-de-Calais).

Mac Clelan, ancien professeur à l'École de médecine militaire de Londres ; de Jilek, directeur, pendant 30 ans, du service de santé de la marine autrichienne.

Exposition Universelle de 1900

Le **Comité départemental du Nord pour l'Exposition universelle** a déjà reçu un grand nombre de demandes d'admission.

Il rappelle que le délai d'inscription expire prochainement et que les intéressés doivent se hâter, sous peine de ne pas participer à la grande manifestation industrielle de 1900.

Il résulte des renseignements fournis par la direction générale que l'espace fera défaut et que, par conséquent, toutes les demandes tardives devront être impitoyablement rejetées.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

43e semaine du 23 au 29 Octobre 1898 et 45e semaine du 6 au 12 Novembre 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	14	12
3 mois à un an	3	11
1 an à 2 ans	4	3
2 à 5 ans	7	4
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	3	2
20 à 40 ans	5	12
40 à 60 ans	15	11
60 à 80 ans	17	13
80 ans et au-dessus	1	4
Total	70	72

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	1	»	»	»	1	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	5	11	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	1	»	»	1	5	1	1	»	»	1	»	»	1	»	»	6	17	33
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	3	3	»	»	2	»	2	»	»	»	4	18	33
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	9	»	»	1	»	2	»	1	»	11	28	44
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	2	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	11	18
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	1	»	»	2	3	»	2	»	1	3	»	»	»	»	»	9	21	24
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	6	14
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	13
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	8	»	»	2	»	1	»	1	»	5	19	34
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	13
Total	»	1	»	1	4	1	»	10	17	7	26	»	1	10	»	5	1	2	»	36	142	238

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc

Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 98. Deuxième Année, N° 48. Le Numéro : **10** centimes. 27 Novembre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à **M. le docteur** COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la Semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Coïncidence du tabes, de la maladie de Basedow et du mal comitial, par le docteur **Ingelrans**. — Cancer épithélial et méthode de Czerny et Trunecek, par le docteur **Doizy**. — Angine diphtérique avec croup ; tubage prolongé pendant sept jours ; durée du séjour du tube dans le larynx : 132 heures ; impossibilité de retirer le tube sans menaces d'asphyxie immédiate. Mort par spasme de la glotte, par le docteur **E. Ausset**. — Variétés. — Intérêts professionnels — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'Académie de Médecine, M. LABBÉ s'élève contre l'opinion de M. DIEULAFOY, qui a dit qu'on ne doit pas mourir d'appendicite. Il y a des cas où une issue funeste ne peut être conjurée, quelle que soit l'époque à laquelle on intervienne

⁂ M. DE CYON relate l'observation d'un enfant de douze ans, atteint d'acromégalie. Sous l'influence d'un traitement par l'hypophysine, son état s'est beaucoup amélioré.

⁂ M. TRIANTAPHYLLIDÈS étudie les troubles paludéens de l'appareil respiratoire. Ce sont la pneumonie, la toux, le spasme trachéal, le hoquet, la bronchite, l'œdème du poumon, l'asthme, l'angoisse respiratoire, etc. M. LAVERAN pense que, pour les malades qui ont eu antérieurement des accès de fièvre, mais chez lesquels on ne constate ni fièvre, ni cachexie, ni hématozoaires, il y a lieu de faire des réserves sur l'origine des troubles respiratoires. Le fait invoqué par M. TRIANTAPHILLIDÈS que les troubles morbides cèdent à la quinine ne prouve pas d'une façon péremptoire leur nature palustre.

A la **Société de chirurgie**, s'entame le procès des injections intra-cérébrales, antitétaniques, dont on avait promis tant de merveilles il y a deux mois. Chaque chirurgien est venu apporter sa statistique et le résultat est plutôt décourageant.

M. HUE, chez une petite fille, injecta six centimètres cubes dans les lobes frontaux, et vingt centimètres cubes dans la cuisse. Mort.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, deux cas, deux morts. Récemment il a fait une injection chez un malade atteint de tétanos chronique. Le malade a guéri. Mais il ne faut pas oublier que le tétanos, dans la forme chronique, est curable Un chirurgien a vu quatre cas guérir spontanément sur sept.

M. QUÉNU, deux cas, deux morts ; M. RECLUS, un cas. Injection préventive et injection intra-cérébrale, mort ; M. CHAPUT, un cas, une mort ; M. RICHELOT, un cas, une mort ; M. HARTMANN, un cas, une mort ; M. NÉLATON, un cas, une mort.

M. PEYROT insiste sur la difficulté qui existe parfois de diagnostiquer le tétanos de la méningite cérébro-spinale. Et il se demande si certains cas de tétanos guéris, ne sont pas simplement des méningites cérébro-spinales.

⁂ M. SCHWARTZ a traité avec succès deux malades atteints de goître exophtalmique par la résection du grand sympathique. L'auteur n'a pas fait la résection du ganglion cervical supérieur qui est loin d'être

toujours facile. L'état des malades s'est considérablement amélioré.

⁂ M. FÉLIZET recommande pour le traitement des corps étrangers des fosses nasales chez les enfants, ce procédé très simple qui consiste à seringuer par la narine libre de l'eau tiède. Le liquide revient d'arrière en avant par la narine obstruée et chasse le corps étranger.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. PHILIPPE donne les résultats de l'autopsie d'un enfant de trois ans chez lequel M. MARFAN avait diagnostiqué une hématomyélie Tous les vaisseaux pie-mériens de la moelle dorsale inférieure, de la moelle lombo-sacrée et de la queue de cheval étaient le siège de lésions très accusées d'endartérite et d'endophlébite. Ces lésions ont provoqué des caillots pariétaux ou généralisés et des hémorragies arachnoïdiennes, pie-mérienne ou intra-médullaires par rupture de la paroi vasculaire. La moelle n'a pas subi le moindre processus dystrophique de sclérose ou de dégénération parenchymateuse. Au niveau du renflement sacré, elle a été détruite par des hématomyélies successives. Cette endovascularite paraît devoir être rapportée à la forme vasculaire de la syphilis héréditaire précoce.

⁂ M. LESAGE communique le résultat d observations sur la récente épidémie de gastro-entérite aiguë des nourrissons. Les enfants soumis au régime du lait stérilisé ont payé un aussi large tribut à la maladie que les autres. Rien ne différencie la gastro-entérite des uns de celle des autres. Le contenu de l'intestin ne renferme aucune toxine : au contraire, la purée épithéliale, provenant de la desquamation de l'intestin, s'est montrée extrêmement toxique. Il est bien difficile de savoir quelle est l'origine de cette épidémie : il est permis de croire qu'il faut incriminer avant tout l'influence des fortes chaleurs de l'été, rendant virulents les hôtes habituels de l'intestin.

M. MARFAN fait remarquer que les enfants peuvent s'infecter autrement que par l'alimentation et, d'autre part, que lorsqu'il s'écoule plusieurs heures entre la traite du lait et sa stérilisation, celui-ci contient des produits de fermentation nuisibles.

⁂ M. FERRAND lit l'observation d'un homme de 40 ans qui, s'étant contusionné la région épigastrique, eut constamment des douleurs dans tout le ventre, de la constipation et de l'anorexie. On trouva, à l'autopsie, dans le péritoine, deux litres et demi d'un liquide hémorrhagique ; le pancréas était gros et de coloration noirâtre. Son parenchyme était infiltré de sang et sclérosé. C'est là un cas assez rare de pancréatite hémorragique due manifestement à un traumatisme.

⁂ M. HIRTZ montre un malade chez lequel on constate au niveau des deux membres inférieurs, des déformations assez considérables. Il s'agit d'une hypertrophie de la partie moyenne du péroné et de la portion inférieure du tibia. Il existe, en outre, un mal perforant. On se trouve en présence d'une variété spéciale d'ostéopathie chronique.

A la **Société de Biologie**, MM. MARTIN et VAUDREMER apportent le résultat d'expériences établissant que les bacilles tuberculeux sécrètent des poisons qui tuent le cobaye, non seulement si on les injecte dans les centres nerveux, mais encore par inoculation sous-arachnoïdienne. Il est probable que ces poisons bacillaires jouent un rôle dans la production d'un certain nombre d'accidents de la maladie tuberculeuse.

⁂ M. DOMINICI rappelle que les états septicémiques déterminent, chez le lapin, la migration hors de la moelle osseuse des hématies nucléées, sans anémie concomitante. Chez l'homme, dans dix-huit cas d'infections, la moelle du fémur contient des myéloplaxes, de grands éléments mononucléaires et des hématies nucléées à noyaux simples. Ces dernières passent par poussées dans le sang.

⁂ MM. CADIOT, GILBERT et ROGER avaient déjà montré qu'on peut inoculer la tuberculose humaine aux gallinacés, mais que les résultats positifs sont rares. Aujourd'hui, ils possèdent une méthode des plus sûres, basée sur l'injection de sérum de cheval dans la cavité abdominale des poules.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. GAUDIER présente un malade qu'il a opéré d'un abcès *intra-duremérien*, au cours d'une *suppuration de l'oreille moyenne*. Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans qui, au cours d'un rhume de cerveau, contracta de l'otite moyenne gauche, ouverte spontanément le 25 août 1898. Les douleurs cessèrent jusqu'au 1er septembre. Ce jour-là, à la suite d'une injection d'eau boriquée dans le conduit, il fut pris de violentes douleurs rétro-auriculaires avec fièvre le soir. Le lendemain, gonflement de la région mastoïdienne, avec état général sérieux : embarras gastrique. Il se présente le 13 septembre à la clinique et l'on constate localement : mastoïdite, perforation tympanique petite, dans le

segment inférieur ; écoulement minime ; l'état général est très grave : depuis trois jours le malade est dans un état comateux avec vomissements, douleurs de tête, vertiges, diarrhée, température 39°5. Diagnostic : mastoïdite et probablement abcès du cerveau au cours d'une otite.

Il est opéré le lendemain : la mastoïde est ouverte à la gouge et au maillet. Il s'en échappe du pus. Après nettoyage à la curette et asséchement, on aperçoit le sinus, recouvert d'un exsudat jaunâtre En voulant l'enlever on pénètre dans la cavité veineuse qui contient des caillots et du pus qui sont enlevés à la curette jusqu'à hémorrhagie, assez facilement arrêtée par le tamponnement La curette,en nettoyant,ramène un séquestre, fragment de la paroi crânienne. Par cette ouverture de la dimension d'une pièce de cinquante centimes on aperçoit la dure-mère, *bombée sans battements*. Elle est incisée et il s'écoule environ une cuiller à café de pus très liquide et fétide. Drainage à la gaze, tamponnement de la cavité mastoïdienne du volume d'une noix.

Les suites ont été des plus favorables. La température, 39°9 le matin de l'opération,est revenue normale deux jours après.Le malade a été guéri le 10 vovembre, après une série de pansements minutieux qui ont permis la cicatrisation du fond à la surface. Il s'agit là d'un cas relativement rare d'abcès collecté sous la dure-mère et qui démontre l'utilité de l'intervention opératoire.

⁂ M. LAMBRET présente un malade à qui il a pratiqué une laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu. Le coup de feu avait été tiré par un soldat de faction dans un jardin militaire. Le blessé. transporté à l'hôpital, fut vu deux heures et demie après l'accident. A ce moment il était très calme et sa présence d'esprit était complète, mais les traits étaient légèrement anxieux et il se plaignait de souffrir dans le ventre, le pouls était à 90. A la palpation, la paroi abdominale était violemment contractée. surtout du côté droit, par où avait pénétré la balle; la pression éveillait une douleur peu vive cependant, généralisée à tout l'abdomen, mais plus marquée à droite. Il n'y avait pas de sonorité hépatique. En présence de ces symptômes, M. LAMBRET fit la laparotomie sur la ligne médiane. Il examina immédiatement l'intestin en partant de l'anse cœcale ; cette recherche permit tout d'abord de constater que la fosse iliaque droite et le petit bassin étaient souillés par des matières fécales épaisses et verdâtres ; neuf perforations intestinales furent trouvées siégeant sur une étendue d'environ 1 m. 50 appartenant à la dernière partie de l'intestin grêle.

Par chacune d'elles, fusaient des gaz et des matières ; sept de ces perforations étaient circulaires, les deux autres avaient des dimensions plus considérables et moins régulières, l'intestin ayant été blessé suivant son grand axe. Le péritoine viscéral était nettement congestionné, il y avait donc déjà un début de péritonite.

Les perforations furent rapidement suturées à la LEMBERT par un surjet à la soie fine. Le péritoine nettoyé au moyen de compresses de gaze un peu humides ; un drain fut placé dans le flanc droit, un autre dans le petit bassin, et le ventre fut rapidement suturé. L'opération avait duré cinquante minutes. Des injections de sérum artificiel furent pratiquées ce jour-là et les jours suivants. La guérison se fit complètement, non toutefois sans accidents suppuratifs du côté de la plaie abdominale et du trajet de la balle. Quant à celle-ci, M. LAMBRET ne fit aucune tentative pour la retrouver. Des radiographies faites après la sortie du malade la montrent à peu près au niveau de la première vertèbre sacrée, elle est vraisemblablement enfouie dans la masse musculaire du psoas.

⁂ M. CARLIER montre les heureux résultats de l'opération qu'il a pratiquée chez un hypospade ; le canal est restauré, les fistules sont fermées, les testicules bien saillants, l'érection complète.

⁂ MM. DESOIL et MOUTON entretiennent la Société d'un cas de streptococcie. Il s'agit d'une femme de 44 ans, qui avait fait deux pertes pendant ces cinq derniers mois; consécutivement à la dernière, survenue il y a deux semaines, l'état général était vite devenu très mauvais ; frissons, fièvre élevée, symptômes d'endocardite, localisations articulaires à l'épaule et au poignet; l'affection marche très rapidement et la femme meurt huit jours après son entrée. L'examen bactériologique, fait trop tardivement pour permettre une thérapeutique active, montre une multitude de streptocoques dans le sang. L'autopsie montra des foyers purulents dans l'épaule et le poignet, un abcès métastatique de la rate Il s'agissait donc d'une pyohémie à streptocoques survenue cinq semaines après un avortement. L'intérêt de l'observation réside dans les conditions qui ont présidé à l'infection.

⁂ M. CARLIER présente un calcul pesant 200 grammes, qui occupait la région prostatique de l'urèthre ; la taille périnéale permit de l'extraire, non sans difficultés, car la pierre est très dure. Le malade guérit, mais mourut peu après d'épilepsie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Coïncidence du tabes, de la maladie de Basedow et du mal comitial

par le docteur **Ingelrans**

Les relations qu'affectent entre elles diverses maladies du système nerveux et leur réunion chez un même sujet constituent une notion quasi banale. Il n'en va point ainsi dans tous les cas ; l'association du tabes et de la maladie de Basedow est rare et les exemples méritent d'en être rapportés, tant pour eux-mêmes que pour les considérations de pathogénie qu'ils entraînent. En voici un que nous avons eu l'occasion d'observer au cours de l'année dernière; nous en prendrons texte pour revoir rapidement les idées qu'on a émises sur le sujet.

Observation. — Mme Elise Sp..., âgée de 62 ans, ménagère, examinée le 19 mai 1897. Elle se plaint d'un état d'émotivité permanente et de douleurs dans les jambes.

Son père et sa mère étaient très nerveux ; ils sont morts à un âge avancé.

Etant toute petite, cette malade est tombée accidentellement dans le feu ; elle a été fortement brûlée et c'est là, pour elle, l'origine de l'état émotif qu'elle a toujours présenté. Pas de maladies infectieuses antérieures ; réglée à dix-sept ans, mariée à dix-neuf ans. Pas de grossesse. La syphilis n'est pas plus décelable chez elle que chez son mari, qui dit avoir été toujours bien portant.

Au dire de ce dernier et de la malade elle-même, elle a toujours eu un caractère impressionnable et nerveux à l'excès. Pour un rien, elle se mettait en émoi, elle était prise de tremblement. La grosseur de son cou aurait toujours été la même et la maladie de Basedow paraît remonter très loin, sans qu'on puisse fixer une date, même approximative. Elle a beaucoup augmenté dans les dernières années, on va le voir.

La ménopause est survenue à 52 ans. A ce moment cette malade a commencé à entrer dans un état de grande agitation qui n'a pas disparu depuis lors. Il y a dix ans que, presque chaque jour, pour ainsi dire sans occasion, elle se met dans des colères qui durent dix à quinze minutes, colères pendant lesquelles elle déchire ses vêtements et frappe gens et choses autour d'elle. Pendant ces moments d'excitation, qu'elle déclare ne pouvoir vaincre, elle se plaint de souffrir et d'être dans un état d'énervement pénible. Elle tremble très fort et infiniment plus que dans les périodes d'accalmie.

En même temps que ces phénomènes apparaissaient, sont venues des douleurs dans les jambes. Elle les compare à des coups de couteau, dans les genoux, les mollets, la partie inférieure des cuisses. Ces douleurs, très violentes, restaient sur place et ne traversaient pas les membres inférieurs. Pas de douleurs en ceinture. Elles duraient généralement quarante-huit heures et réapparaissaient tous les quinze jours.

A la même époque enfin, son mari s'est aperçu qu'elle avait, de temps en temps, la nuit, des attaques convulsives. C'étaient des contractions toniques, agitant tout le corps, accompagnées de morsure de la langue et d'évacuation involontaire de l'urine. Rarement, ces crises épileptiques ont eu lieu dans la journée. Au réveil, sensation de brisement et de courbature. La malade a pris des bromures, et depuis dix-huit mois ces crises ne se seraient pas renouvelées.

Depuis très longtemps, il y a de la diarrhée presque continuelle, avec besoins pressants et répétés. Notons, en outre, des céphalées anciennes.

Etat actuel. — On est frappé de l'état agité de la malade. Au premier interrogatoire, le tremblement, qui a les caractères de celui du goître exophtalmique, augmente considérablement. Les yeux sont saillants et brillants : dacryorrhée et œdème considérable des paupières. Le cou est gros ; il aurait toujours été ainsi.

A la palpation, on s'aperçoit que la glande thyroïde est manifestement hypertrophiée.

Tachycardie modérée : cent battements cardiaques par minute. La malade n'en est pas gênée ; elle n'a pas de palpitations.

Les symptômes de tabes sont non moins évidents : abolition du phénomène du genou, signe d'Argyll Robertson. La malade se tient très mal debout, les yeux fermés ; elle ne peut demeurer sur une seule jambe. Les douleurs fulgurantes ont diminué ces temps derniers. La marche est facile le jour ; mais, dans l'obscurité, elle commence à être incertaine. La malade ne sent pas bien le sol ; il lui semble qu'elle va faire des faux pas. La fatigue des membres inférieurs est très rapide.

Troubles de la sensibilité accentués : tact et douleur non perçus aux jambes, aux cuisses, en certaines régions des bras, au cou, etc. La notion de position et le sens musculaire ne semblent pas troublés ; les yeux fermés, la malade sait la position exacte de ses membres. Néanmoins, quelquefois elle perdrait ses jambes dans son lit. Pas d'ataxie des bras.

Il existe des troubles vésicaux prononcés, consistant en envies impérieuses de miction, avec perte de gouttes et en incontinence partielle, passagère, au moment de la toux et des efforts.

Le cœur présente un souffle systolique à la pointe, paraissant sous la dépendance de la maladie de Basedow. Pas d'albuminurie. Estomac bon, diarrhée presque constante.

L'examen du larynx est difficile à pratiquer, à cause de l'émotivité de la malade en face du miroir laryngoscopique. Rien de spécial du côté de l'appareil respiratoire. Aucune paralysie ; pas de diplopie, pas de signe de von Graefe.

L'histoire de la malade se résume en deux mots : goître exophtalmique remontant fort loin, ayant beaucoup augmenté depuis dix ans, époque où s'établit

l'ataxie locomotrice, accompagnée de crises épileptiques.

Le diagnostic ne souffre assurément aucune espèce de doute.

Du mal comitial, nous ne voulons rien retenir, car sa coexistence avec la maladie de GRAVES n'offre rien d'exceptionnel : elle est signalée par les auteurs et ne doit pas nous arrêter. Mais que sait-on de l'union tabes-BASEDOW ?

En 1888, à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1), M. BARIÉ apporta l'observation d'un homme de trente-quatre ans, pris d'abord de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs et de difficulté dans la marche, puis, dix mois plus tard, de tachycardie avec palpitations, d'exophtalmie et de goître. Au moment de la présentation, ce malade avait comme symptômes de tabes : des douleurs fulgurantes, le signe de ROMBERG, l'abolition du réflexe patellaire, de l'anesthésie plantaire et des troubles de la sensibilité cutanée, de l'incoordination des mouvements, la perte totale du sens musculaire, des perturbations génésiques, du vertige et des crises douloureuses du côté de l'estomac. D'autre part exorbitisme, tachycardie avec hypertrophie du cœur, gonflement paroxystique du corps thyroïde, tremblement, angine de poitrine, polyurie, troubles de calorification, perturbations psychiques, ovarie, abolition du réflexe pharyngien, zones douloureuses du rachis, impressionnabilité excessive, voilà plus qu'il n'en fallait pour justifier le diagnostic.

Si l'on se refuse à admettre qu'il n'y a entre les deux affections qu'un lien de coïncidence, si on les croit rattachées l'une à l'autre, on peut faire plusieurs hypothèses en vue d'expliquer la liaison des phénomènes qu'on constate : l'une d'elles se présente à l'esprit quand on pense à la théorie bulbaire du goître exophtalmique ; c'est la suivante : le goître exophtalmique serait la conséquence de la propagation, de l'extension à la moelle allongée de la lésion tabétique de la moelle épinière. La maladie de BASEDOW, dans le tabes dorsal, pourrait être considérée comme un accident bulbaire lié directement à l'ataxie locomotrice.

On doit alors poser une question préalable : Le goître de BASEDOW est-il dépendant d'une altération bulbo-protubérantielle ? Personne ne peut actuellement formuler de réponse à ce sujet : en réalité, et

(1) *Bulletins et Mémoires*, pages 503 520.

malgré des travaux sans nombre et des flots d'encre versés, l'explication pathogénique de l'affection est tout entière à trouver. Des théories de toute nature se sont fait jour ; elles sont amplement connues de tous. En ce qui concerne le point de vue auquel nous nous plaçons, la théorie bulbaire offre plus d'un attrait : d'un côté, dans la maladie de DUCHENNE, lésion constante des cordons postérieurs, et très fréquente du bulbe rachidien ; d'un autre côté, dans la maladie de GRAVES, intervention du bulbe ; on s'expliquerait ainsi aisément, et a priori, la production par une même cause, des deux états morbides. Mais, avant tout, quelles raisons militent pour l'origine bulbaire du goître ? C'est ce qu'il faut dire rapidement.

Les troubles cardiaques et vaso-moteurs (dans lesquels rentrerait le goître en tant qu'élément vasculaire), l'exophtalmie, les troubles sécrétoires et calorifiques, les ophtalmoplégies, la paralysie faciale, celle de l'hypoglosse et du nerf masticateur, la névralgie du trijumeau, le tremblement, la polyurie, l'albuminurie, la glycosurie, peuvent s'expliquer par l'atteinte du bulbe et de la protubérance ; une paralysie nucléaire du pneumogastrique engendrerait la tachycardie, quelquefois la dyspnée et les troubles gastriques. Si TROUSSEAU voyait dans la maladie de BASEDOW le résultat d'un trouble profond de l'innervation vaso-motrice, suite directe d'une excitation du grand sympathique, les auteurs qui lui succédèrent dans cette conception placèrent dans le bulbe le terrain de cette excitation. Parmi eux citons seulement SÉE, puis BALLET « le champion le plus ardent et le plus convaincu de la théorie bulbaire, qui entraîna l'immense majorité des auteurs à sa suite » (BRISSAUD) (1).

Un argument de physiologie expérimentale de premier ordre vient encore étayer cette conception : c'est l'expérience de FILEHNE (2). Cet auteur, ayant sectionné les corps restiformes sur de jeunes lapins, vit survenir simultanément l'exophtalmie, la tachycardie et la tuméfaction du corps thyroïde dans quelques-unes de ses expériences (l'exophtalmie se produisait toujours). DURDUFI montra bientôt que le niveau de la section doit être exactement à la hauteur du tubercule acoustique. Joignons à cela les cas cliniques où l'affection naît subitement, en quelques jours, voire en quelques heures, sous l'influence d'un

(1) Congrès des aliénistes et neurologistes, Bordeaux, août 1895.
(2) Erlangen phys. med. Sitzungsberichte, juillet 1879.

choc, d'une émotion, d'une colère qui se fige (POTAIN), voilà le faisceau d'arguments qu'invoquent les défenseurs d'une pathogénie bulbaire.

Les objections ne manquent pas et la théorie précédente n'est ni plus, ni moins solidement assise que la théorie thyroïdienne. Tout compte fait, chacune est admissible et il suffit que l'hypothèse bulbaire soit possible pour qu'elle puisse ne pas être négligée au point de vue où nous sommes.

On conçoit dès lors que le clinicien qui hésite à regarder comme un pur effet du hasard le couple tabes-goître, tende, avec M. BARIÉ, à le reconnaître comme le produit d'une cause anatomique initiale unique qui serait, dans l'espèce, la propagation au bulbe des lésions de l'ataxie. A ceux qui prétendraient trancher la question par des autopsies et démontrer le mal-fondé de l'hypothèse par l'intégrité de l'organe incriminé, on peut répondre que l'absence d'altérations constatables n'entraîne point la conviction qu'elles manquent d'une manière absolue, qu'il s'agit de troubles dynamiques, que l'on ne peut rattacher à une base anatomo-pathologique à l'aide des moyens actuels. A qui s'étonnerait de ne pas rencontrer dans le bulbe les lésions présumées de la maladie de BASEDOW quand elle est associée au tabes, on dira qu'on ne les rencontre pas davantage quand elle est isolée, ce qui n'a jamais constitué une raison bien solide pour rejeter la théorie bulbaire, attendu que les autres théories ne sont guère mieux fournies en fait de preuves anatomiques.

Il faut cependant bien croire que si le tabes s'étend au bulbe, il ne se bornera pas à le léser d'une manière inappréciable : aussi, si l'on rencontrait quelque autopsie positive à cet égard, elle viendrait bien à point pour incliner la balance du côté des idées soutenues par BARIÉ.

Il en est au moins quelques-unes qui ne sont pas restées tout-à-fait muettes et qui témoigneraient d'altérations bulbo-protubérantielles. Celle de CHEADLE fit voir « une dilatation considérable des vaisseaux du bulbe, qui offraient le double du diamètre ordinaire des capillaires de la région. Il en était de même dans la zone correspondante du nerf pneumogastrique : sur tous ces points se voyait une hypérémie extrême sans atrophie, ni lésions cellulaires... » Celle de BARIÉ montra une dilatation remarquable des vaisseaux de la région du plancher du bulbe, avec congestion manifeste de toute l'étendue de cette zone (1).

OPPENHEIM a constaté la dégénérescence du faisceau solitaire et de la racine bulbaire du trijumeau dans un cas de tabes (2). Mais, dit MARIE, sa malade avait, en outre, de la tachycardie, de la diarrhée, etc., phénomènes que l'on rencontre également dans la maladie de BASEDOW. MENDEL, dans un cas de goître exophtalmique (3), a trouvé une différence sensible entre les deux faisceaux solitaires, et l'atrophie d'un corps restiforme. Or, MARIE et MARINESCO, dans un fait d'association tabes-goître, décrivent une atrophie du faisceau solitaire et de la racine ascendante du trijumeau (4), lésions qu'ils hésitent à mettre sur le compte du tabes et auxquelles ils attribueraient volontiers un rôle dans le mécanisme de certains phénomènes de la maladie de GRAVES.

Un dernier argument à utiliser contre les auteurs qui ne comprennent pas l'intégrité du bulbe dans la généralité des cas, c'est que le goître exophtalmique se termine ordinairement par la guérison (5) ; celle-ci s'obtient dans les quatre cinquièmes des cas (TEISSIER). Cela ne se concilierait pas avec une atteinte profonde de la région bulbaire : il serait même étonnant de la rencontrer.

BARIÉ, s'appuyant sur quelques-unes de ces considérations, conclut qu'il n'y a pas coïncidence fortuite, mais complexus pathologique. Il remarque que, dans le tabes, nombre de troubles bulbaires ressortissant au tabes même, apparaissent assez souvent comme phénomènes de début et il pense, qu'à leur exemple, le goître exophtalmique peut se manifester comme préliminaire aux accidents tabétiques proprement dits.

JOFFROY émet un avis absolument opposé. Quand, dit-il, on constate bien nettement l'une et l'autre maladie, on n'a qu'à les regarder comme bien distinctes, mais accidentellement réunies. Il a observé trois cas de ce genre. Le premier concerne une femme de 49 ans, chez qui l'ataxie et l'exophtalmie paraissent avoir débuté à peu près simultanément : le goître manque, mais le tremblement existe avec un certain degré de tachycardie. La seconde malade a 60 ans : le tabes commença chez elle à 44 ans. Les yeux présentent un degré notable de protrusion, mais la malade

(1) *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1889, p. 86.
(2) *Archiv für Psychiatrie*, 1888
(3) *Berliner Gesellschaft für Psychiatrie*, 14 déc. 1891
(4) *Revue neurologique*, 1893, p. 250.
(5) Traité de médecine CHARCOT-BOUCHARD-BRISSAUD. Tome VI, p. 1002.

affirme qu'elle a toujours eu ce volume anormal des yeux, et qu'en cela elle ressemble à sa mère. Pendant toute une période de sa vie, de vingt-cinq à trente-cinq ans, elle a eu des palpitations qui ont ensuite disparu. Le cœur bat énergiquement, 120 fois par minute ; ses contractions deviennent parfois tumultueuses : battements des carotides, pas de tumeur thyroïdienne. Enfin, le dernier cas diffère des précédents par cette double particularité qu'il y a un goître et qu'on l'a remarqué longtemps avant les premiers symptômes tabétiques : il date de l'âge de cinq ans et les douleurs du début de l'ataxie locomotrice se sont manifestées à trente-quatre ans. Depuis lors, la maladie de BASEDOW a pris un développement complet.

En 1891, la première de ces trois malades mourut : l'autopsie fit voir que le corps thyroïde était notablement augmenté de volume. La moelle présentait les lésions classiques du tabes ; le corps restiforme, le faisceau solitaire et les autres parties du bulbe étaient sains (1).

Se basant sur ces faits cliniques, JOFFROY fait voir que c'est le tabes qui se développe généralement en dernier lieu. On peut, croyons-nous, tirer de là une solide réfutation des idées de BARIÉ : s'il s'agissait de tabes à début bulbaire, prenant par exception la forme goître exophtalmique, comment concevoir de pareils intervalles séparant ce début de la période d'état médullaire ? Dans le cas II de JOFFROY, maladie de GRAVES vers vingt-cinq ans, tabes à quarante-quatre ans, soit dix-neuf années d'écart. Chez la malade dont il a fait l'autopsie, goître à cinq ans, tabes à trente-quatre ; écart, vingt-neuf ans. Enfin, chez la nôtre, le goître exophtalmique date de l'enfance et les douleurs fulgurantes ne se montrent qu'à 52 ans ! C'est trop d'intervalle, à coup sûr, entre ce qu'on voudrait considérer comme un début et ce qui constitue la maladie confirmée !

Pourquoi ne pas accepter l'idée d'une combinaison pure et simple de deux états morbides ? « Ne voyons-nous pas, dit JOFFROY, l'hystérie se combiner avec le tabes, sans qu'il vienne à l'idée de personne de rapporter à une seule affection les symptômes de l'hystérie et de l'ataxie locomotrice ? » Nul doute qu'il en soit ainsi et qu'on nous permette ici d'en conclure en passant combien est fautive l'expression d'hystéro-tabes récemment employée pour désigner cette association. Le tabes s'allie à la paralysie générale, à l'aliénation mentale. Rien de plus connu que l'union du goître exophtalmique avec l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, etc. Pourquoi ne pas voir un fait du même ordre dans la question qui nous occupe ? Ces associations « résultent d'une tare originelle, ordinairement héréditaire, qui fait que certains organismes sont particulièrement prédisposés à l'éclosion des différentes affections nerveuses. Ainsi s'associent le délire des dégénérés et le délire épileptique, les vésanies et l'hystérie, les vésanies et la chorée. Il ne s'agit pas là d'une association de hasard, mais de manifestations multiples d'une même cause : l'hérédité nerveuse » (BALLET).

A la Société médicale des hôpitaux encore, en 1889, BALLET (1) vint remettre la discussion sur le tapis. Il était naturel que JOFFROY qui, en matière de goître exophtalmique est un « thyroïdien » de la première heure, refusât de croire à l'intervention du bulbe. Mais, à présent, c'est BALLET lui-même qui déclare que l'hypothèse de BARIÉ n'est pas admissible. Quand, dit-il, le noyau originel du pneumogastrique dégénère sous l'influence d'un processus morbide, comme cela se voit dans la sclérose latérale amyotrophique, par exemple, on peut observer de la tachycardie, mais c'est un trouble ultime de courte durée : on ne constate jamais les signes de la maladie de GRAVES. Cette dernière est bien probablement, dans la règle, sous la dépendance d'un trouble bulbaire ; mais c'est une névrose bulbaire. Il n'y a pas de lésion appréciable, et si le tabes atteignait le bulbe pour déterminer le syndrome de BASEDOW, il y créerait une altération que des autopsies peu décisives ne mettent point en évidence. C'est là le fond de la communication de BALLET, si nous l'avons bien comprise.

Dire que le goître exophtalmique conjoint au tabes ne dépend point de ce dernier, ne combat nullement, cela va sans dire, son origine bulbaire. Les raisons en faveur de cette origine, nous les avons rappelées plus haut et elles subsistent ; mais névrose bulbaire et sclérose postérieure ne sont mariées qu'incidemment et liées, non pas entre elles, mais à une cause univoque, l'hérédité nerveuse. Si on admet une théorie thyroïdienne, l'association par coïncidence pure est tout aussi bien possible.

La malade dont nous avons parlé ici est issue de

(1) JOFFROY et ACHARD. Archives de médecine expérimentale, 1893, p. 404-409.

(1) Bulletins et Mémoires, 1889, p. 76-87.

parents très nerveux ; elle a eu une violente émotion dans l'enfance et le goître exophtalmique a débuté précocement chez elle. A cinquante-deux ans seulement, tabes et épilepsie. Comment relier des affections si éloignées dans le temps par une même cause anatomique ? Il s'agit, à notre sens, d'une basedowienne qui, sous une influence quelconque, est devenue ataxique et épileptique. Si l'on songe que le tabes est très fréquemment syphilitique, que le mal comitial, passé vingt ans, est souvent symptomatique de la vérole et que celle-ci passe plus d'une fois inaperçue chez la femme, on aura peut-être là de quoi soupçonner la syphilis d'être cette influence quelconque. C'est bien possible ; ce ne serait, en tous cas, que pour ajouter une affection à une autre, sur un terrain prédisposé, et on conviendra que ce serait sortir du sujet que de s'appesantir sur ce point

En résumé, pour notre part, nous penchons vers l'association sans plus. Mais on reconnaîtra que toute discussion, si intéressante soit-elle, est viciée dans ses conclusions par l'ignorance où l'on est de la pathogénie du goître de Basedow. On a posé la question comme suit : la lésion bulbaire, génératrice de l'affection, est-elle le résultat de l'extension des altérations tabétiques ? Mais, précisément, il n'est rien moins que démontré qu'une lésion bulbaire soit jamais en jeu dans aucun cas de maladie de Graves. Quand on lit la phrase suivante de Marie « Une altération du grand sympathique, au cours du tabes, expliquerait d'une façon logique un bon nombre des symptômes de cette affection : crises gastriques, goître exophtalmique, etc.», on s'aperçoit que la question pourrait se placer sur un tout autre terrain, ni meilleur, ni pire sans doute. Somme toute, faute de connaissances plus profondes, mieux vaut rester sur la réserve. La solution de Joffroy et Ballet est la plus prudente : ce pourrait bien être la bonne, dans un sujet auquel une base même fait défaut.

Cancer épithélial et méthode de CZERNY et TRUNECEK

par le docteur **Doizy**, de Flize (Ardennes).
Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire,
lauréat de la Faculté de médecine de Lille

La communication faite par MM. Gastou et Haury à la séance de la *Société de dermatologie et syphiligraphie*, du 10 novembre dernier, m'incite à relater l'observation suivante :

Une femme âgée de 72 ans. vient me trouver le 18 avril 1897. Son histoire pathologique (héréditaire et personnelle) ne présente rien d'intéressant en dehors de son affection actuelle. La malade est robuste encore et pas plus dans son examen que dans son interrogatoire, je ne relève chez elle des traces de tuberculose, de syphilis ou d'alcoolisme.

Au niveau de la poignée du sternum, un peu sur la droite, cette femme présente une exulcération assez régulière dans son ensemble, de forme arrondie, de dimensions semblables approximativement à celles d'une pièce de cinq francs. Les bords en sont nettement arrêtés et forment une saillie assez élevée, mousse, très indurée. Dans leur partie supéro-externe droite, on distingue quelques petits grains blanchâtres peu nombreux. Des croûtelles, de couleur brune peu foncée, assez adhérentes, tapissent en partie la plaie et cachent une exulcération à fond sanieux, très inégal, granuleux, saignant au moindre contact. Il n'y a pas de brides cicatricielles ; la plaie a tendance à s'étendre vers la droite (1). Pas de retentissement ganglionnaire. Peu de phénomènes subjectifs, si ce n'est un léger point auquel cependant la malade ne peut toujours résister. Elle s'abstient autant que possible de se gratter, de peur *de faire saigner* la plaie.

Cette affection a eu une marche fort lente. Elle remonte à sept à huit ans et a débuté, autant que les renseignements donnés permettent de le supposer, par une sorte d'hypertrophie papillaire qui, peu à peu, s'est transformée en l'exulcération actuelle. Les traitements n'ont pas manqué, les uns d'origine populaire, les autres conseillés par plusieurs médecins. Les topiques les plus variés ont été appliqués sans aucun résultat. L'intelligence de la malade ne nous permet pas de les reconnaître, exception faite toutefois pour le chlorate de potasse qui fut trouvé trop douloureux et abandonné rapidement.

Je porte le diagnostic d'épithéliome superficiel et me décide à employer le procédé de Czerny et Trunecek (2).

Pour cela la plaie est nettoyée, aseptisée, cruentée par places. J'enlève aux ciseaux tout le bourrelet périphérique, de façon à mettre le tout sur un même plan. Le sang donne en abondance, je sèche la plaie et en badigeonnant toute la surface avec un pinceau trempé dans la solution d'acide arsénieux pulvérisé un gramme pour alcool éthylique et eau distillée 75 gr. La plaie est mise à l'abri du contact et du frottement des vêtements par un pansement simple, constitué simplement par un carré de toile très fine, maintenu par un mouchoir plié, passant sous l'aisselle gauche et revenant sur l'épaule droite. La malade ressent une douleur assez vive qui lui dure de deux à trois heures.

Le lendemain et les jours suivants, je badigeonne à nouveau l'épithéliome qui, peu à peu, se recouvre d'une croûte noirâtre adhérente devenant de plus en plus épaisse. La sensation douloureuse s'atténuant, j'augmente le titre de la solution et porte ce titre à 1 pour 80. Comme je ne puis astreindre cette

(1) Il m'a été totalement impossible de faire photographier la malade.
(2) *Semaine médicale*, 1897, p. 161.

femme à venir chez moi chaque jour, je lui confie le traitement. Mais après quelques essais infructueux, dus à la mauvaise vue de la malade, et qui amènent pour quelque temps une forte inflammation au-dessus du bord inférieur de la lésion, je suis obligé de me faire suppléer par une parente.

Celle-ci me ramène prestement la malade, le 6 octobre, parce que l'eschare qui semblait se mobiliser depuis quelques jours, s'était complètement détachée en enlevant le pansement. Je fais pratiquer à nouveau le badigeonnage pendant une semaine sans voir reparaître de croûte brunâtre.

Suivant alors le conseil de Czerny et Trunecek, je panse cette plaie comme une plaie ordinaire. Elle ne présente plus aucune induration et prend rapidement très bon aspect. A aucun moment je n'emploie de vaseline boriquée, mais saupoudre toute cette surface bourgeonnante avec la poudre de Lucas-Championnière.

Le 13 décembre, je revois la malade. La plaie est à peine grande comme la moitié d'une pièce de vingt centimes. La peau de nouvelle formation est souple, sans apparence cicatricielle. La malade étant allée demeurer chez sa fille, je n'ai pu m'assurer de sa guérison définitive. Mais je crois être autorisé à la considérer comme telle et à dire qu'elle a pu être obtenue dans l'espace de quatre mois.

Cette durée ne doit pas être considérée comme trop longue, lorsqu'on songe à l'ancienneté de la lésion et au grand nombre des traitements employés antérieurement à celui de Czerny-Trunecek.

Ajoutons, pour terminer, que cette observation est intéressante aussi à cause du siège de la lésion. Les cas dans lesquels cette méthode a été suivie jusqu'ici concernent plus spécialement, croyons-nous, l'épithélioma de la face.

J'avais commencé le même traitement chez un second malade, porteur d'un épithéliome voisin du sillon naso-génien droit, mais cet homme, satisfait sans doute d'une légère mais assez rapide amélioration, n'est plus revenu et à mon regret je n'ai pu le revoir.

Angine diphtérique avec croup ; tubage prolongé pendant sept jours ; durée du séjour du tube dans le larynx : 132 heures ; impossibilité de retirer le tube sans menaces d'asphyxie immédiate. Mort par spasme de la glotte,

par le Dr **E. Ausset**, professeur agrégé,
chargé de la clinique des maladies des enfants à l'Université de Lille.

P..., Léon, âgé de deux ans, est déjà entré, cette année, deux fois dans notre service. C'est un enfant très frêle, malingre, nourri de bonne heure avec des soupes, des pommes de terre, du café au lait, etc...

Il est entré le 17 mars au pavillon de la diphtérie pour laryngite avec léger tirage. Pas de diphtérie, guérison rapide par les pulvérisations et les compresses chaudes. Sorti le 27 mars.

Le 4 juin, il nous revient avec de la laryngite, de l'angine et du coryza. Le lendemain, éruption d'une rougeole qui évolue normalement. Sort guéri le 16 juin.

Enfin il rentre, pour la troisième fois, pour une angine suspecte le 15 octobre dernier, vers 11 heures du matin. Dépôt pultacé sur les amygdales, mais pas de fausses membranes ; toux légère, voix enrouée, dyspnée peu accusée. Rien aux poumons, pas d'albumine, état général satisfaisant.

Des parcelles de l'enduit amygdalien, recueillies sur un tampon stérilisé et étalées par frottis sur lame de verre, puis colorées au Gram, montrent de nombreux bacilles de Lœffler (formes moyennes et longues), au milieu de nombreux microcoques (Un ensemencement sur sérum nous a donné le même résultat positif au point de vue de la diphtérie). L'enfant reçoit le jour même de son entrée, à 2 heures de l'après-midi, 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Lavages antiseptiques de la gorge avec la solution de Labarraque ; attouchements des amygdales avec le collutoire salicylé à 10 %; instillations dans les narines d'huile mentholée à 5 %. Pulvérisations avec la mixture à l'eucalyptus et au benjoin.

16 octobre. — Nuit assez agitée ; état général peu satisfaisant : facies plombé. Un peu de tirage pendant la nuit. Continuation du traitement, auquel on ajoute un centigr. de codéine pour la journée. T. : 37°3 le matin ; 38°8 le soir.

17 octobre. — Journée assez bonne, mais le soir le tirage est très accentué; respiration serratique, dyspnée extrême. On doit pratiquer le tubage à 6 heures du soir. Après cette opération la respiration se régularise. T. : 38°3 le matin ; 37°8 le soir.

18 octobre. — Nuit bonne. Continuation du traitement. On détube vers 9 h. 3/4. Le tube est donc resté 15 h. 3/4 dans le larynx. La gorge est presque complètement détergée. L'enfant se remet à tirer énergiquement presqu'aussitôt, et à 10 h. il faut le tuber. A 2 h. on tente de le détuber, mais le tirage se reproduit de suite et il faut retuber *immédiatement*. T. : 37°6 le matin ; 37°2 le soir. Même traitement général.

19 octobre. — On détube l'enfant à 10 h. du matin. Le tube est donc resté 20 heures dans le larynx. A 11 h. 1/4 le tirage extrême nécessite un nouveau tubage. L'enfant reste tubé toute la journée et toute la nuit suivante. Même traitement. T. : 37°3 le matin ; 37°8 le soir.

20 octobre. — A 8 heures on enlève le tube, mais à 8 h. 1/2 il faut le replacer. A 2 h. 1/2 nouvelle tentative, mais il faut replacer le tube à 3 h. 1/4. Bromure de sodium, codéine, pulvérisations. T. : 37°4 le matin ; 38°1 le soir.

21 octobre. — Le tube est resté en place 17 heures. On le retire à 8 h. du matin, mais il faut le replacer à 8 h. 1/4. Même traitement. Température normale.

22 octobre. — Détubé à 11 h. du matin après 26 h. 3/4 de séjour du tube. Le tirage se reproduit aussitôt, et l'asphyxie est menaçante. Inhalations de chloroforme jusqu'à l'anesthésie complète ; le tirage s'amende très notablement, disparait presque, mais il se reproduit aussitôt qu'on cesse d'administrer l'anesthésique. Réintubation à 11 h. 3/4. Détubé à 2 h. 3/4. Inhalations de chloroforme ; grâce à ce dernier, l'enfant peut rester sans tube jusqu'à 5 h. du soir, mais à ce moment l'asphyxie est si imminente qu'il faut remettre le tube. Température normale. Même traitement général.

23 octobre. — Détubage à 7 h. du matin. Les inhalations de chloroforme permettent de laisser, péniblement, l'enfant sans tube pendant 1 h. 1/4. Puis le pouls devient filiforme, l'enfant se cyanose et il faut retuber d'urgence.

24 octobre. — Ainsi donc, la diphtérie est parfaitement guérie, et cependant l'enfant ne peut plus se passer de son tube ; aussi, pensant qu'il s'agit ici de spasme laryngé occasionné par des ulcérations de la muqueuse, je décide que la trachéotomie sera proposée à la famille, l'enfant ne pouvant sans inconvénient garder un tube dans son larynx un temps plus long, d'autant que j'avais toujours peur d'un rejet spontané en l'absence de mon interne, M. Chatelain qui, pourtant, m'a été dans cette circonstance d'un secours précieux et d'un dévouement admirable.

On fait une dernière tentative; l'enfant est détubé, puis on le soumet aux inhalations de chloroforme. Malgré cela, il faut replacer le tube aussitôt (tube court de Bayeux). Je fais alors préparer tout ce qu'il faut pour faire la trachéotomie, et je pars faire ma consultation gratuite annonçant mon retour pour dans une demi-heure. Mon interne reste, bien entendu, auprès de l'enfant, qu'il ne quitte du reste presque pas depuis sept jours.

Pendant les préparatifs de l'opération, l'enfant, encore couché dans son lit, a un accès violent de toux, il rejette son tube ; en hâte on se met en devoir de le retuber, on ne parvient que péniblement à écarter les mâchoires, tant la contracture est forte ; en quelques secondes le spasme a amené une complète asphyxie, l'enfant est livide, on introduit le tube, mais il est trop tard ; malgré les tractions rythmées de la langue, la respiration artificielle, les flagellations les plus énergiques, on ne peut le rappeler à la vie.

Autopsie pratiquée 24 heures après la mort.

Foie congestionné ; rate et reins sains ; rien au tube digestif.

Rien aux poumons, si ce n'est un peu de congestion des bases.

Les ganglions bronchiques sont un peu gros, mais ils roulent parfaitement sous le doigt, n'ont contracté entre eux ni avec les parois voisines aucun commencement d'adhérence. Nulle part on ne voit de compression nerveuse.



Le larynx et la trachée ouverts jusqu'à la bifurcation des bronches, on constate qu'il n'existe plus aucune trace de diphtérie.

Au niveau du vestibule laryngé, à la base de l'épiglotte, de chaque côté de la ligne médiane, exactement entre les cordes vocales supérieures et les replis aryténo-épiglottiques, la muqueuse vestibulaire est ulcérée, à deux endroits symétriques, en forme de croissants, exactement à l'endroit où reposait le pavillon du tube.

Au niveau de la glotte, le ventricule de Morgagni du côté droit est béant.

Dans les régions sous-glottiques, au niveau de l'anneau cricoïdien, symétriquement de chaque côté du plan médian antéro-postérieur, on remarque deux vastes ulcérations triangulaires de plus d'un centimètre carré de surface, adossées par leur base en arrière. La muqueuse tapissant le cricoïde est nécrosée circulairement, il n'en reste d'intacte qu'une petite bande longitudinale en avant. Le fond des ulcérations cricoïdiennes est grisâtre, le cartilage est mis à nu par endroits.

Enfin sur la face antérieure de la trachée, à deux centimètres environ au-dessous du bord inférieur du cricoïde, à l'endroit où pressait l'extrémité inférieure du tube long, la muqueuse est érodée et les anneaux cartilagineux de la trachée apparaissent nacrés.

En résumé, voilà un enfant, guéri de sa diphtérie, et qui a succombé uniquement à une cause mécanique, à du spasme laryngé. Les lésions que nous avons rencontrées à l'autopsie viennent bien démontrer d'une façon péremptoire que ce spasme était dû aux ulcérations de la muqueuse.

A notre sens, c'est à cette cause qu'il faut attribuer le plus souvent le spasme consécutif au tubage et qui nécessite un séjour prolongé du tube, et même la trachéotomie. Mais, dans cette courte note, je ne veux pas insister plus longuement sur ce mécanisme, ayant l'intention d'entreprendre un travail de plus longue haleine sur l'étiologie des « tubards », basée sur les cas qu'il m'a été donné d'observer dans mon service.

VARIÉTÉS

La variole chez les vaccinés et les non vaccinés

Dans la dernière épidémie de Middelbrough, sur 90.000 habitants, il y avait 87.844 vaccinés et 1.582 non vaccinés. Ces derniers fournirent 170 cas de variole (soit 10,2 p. 100) et les vaccinés (la plupart non revaccinés) 1.682, soit 1,1 p. 100; en outre, pour cas de variole chez les vaccinés, il n'y eut que 8,1 décès, au lieu de 45.93 p. 100 cas chez les non-vaccinés.

Voilà traduits en chiffres éloquents les bienfaits de la vaccine dans un pays qui, saturé d'individualisme, voit dans l'obligation de la vaccine une atteinte à la liberté et vient d'obtenir du parlement anglais une loi contre la vaccination.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Syndicat médical de Lille et de la région.

Le 18 novembre, réunion du Syndicat médical. Le procès-verbal de la précédente séance adopté et la lecture des correspondances achevée, la discussion sur les Compagnies d'assurance-accidents a repris de plus belle. Sur

une question aussi complexe, où tant d'intérêts sont en jeu, il est difficile d'établir une formule unique s'appliquant à tous les cas et réglant à la satisfaction générale, les diverses données du problème. Peut-être eût-il été préférable de considérer chaque Compagnie comme une bonne bourgeoise munie d'un bas de laine bien garni, mais très grincheuse et dure à la détente, qu'il faudrait souvent poursuivre le bistouri dans les reins. Quoi qu'il en soit, le syndicat des Compagnies d'assurance-accidents n'existant que de nom, il a été convenu d'adresser à chacune d'elles les propositions du Syndicat médical, avec prière de nous faire parvenir les observations que l'on croirait devoir faire.

Le second point examiné, différent quant à la forme, reste le même quant au fond. C'est toujours l'exploitation à jet continu: je veux parler de l'exercice illégal de la médecine. Il paraît que la plainte déposée par le Syndicat contre un de ces fantaisistes gynécologues en robe....., — pas la rouge de l'Université s'entend, — est en bonne voie. A propos d'exercice illégal, plusieurs de nos confrères seraient d'avis de prendre des mesures contre cette débauche scandaleuse de réclames éhontées qui s'étalent à la quatrième page des journaux, avec l'approbation mensongère de docteurs n'ayant jamais existé. La question n'est pas neuve; elle a été portée jusques devant M. le Garde des Sceaux, qui a déclaré être complètement désarmé. Attendons sous l'orme !

Et le flot de l'exploitation montait toujours............ Voilà maintenant la mutualité scolaire. Jusqu'ici l'on ne pouvait faire partie des Sociétés de Secours mutuels qu'à l'âge de seize ans; dorénavant c'est à trois ou quatre ans que l'on s'enrôlera sous la bannière sacro-sainte portant pour devise « Aimons-nous, aidons-nous » et tant pis pour le médecin ! Pourquoi pas dès l'œuf? Ils sont déjà, paraît-il, 200.000 de ces petits microbes mutualistes. A bientôt j'espère, l'antitoxine.

L'on avait réservé pour la bonne bouche, comme on dit, la stupéfiante, outrecuidante et renversante réponse ministérielle à la démarche pourtant si juste de nos confrères de Nîmes. Il paraît maintenant que nous devrons ronger sans grogner l'os qu'on daignera nous jeter. C'est par trop violent ! Aussi a-t-il été décidé à l'unanimité de nous associer à la protestation de la Société médicale de Nîmes et d'envoyer à nos collègues de là-bas, avec l'expression de nos sympathies, les plus vifs encouragements à continuer la lutte. L'on ne pouvait mieux terminer la séance que par cette belle manifestation de solidarité médicale.

Dr M.

NOUVELLES & INFORMATIONS

M. Cruppi vient de déposer à la Chambre des députés **une proposition de loi tendante à la réforme de l'expertise médico-légale.** Cette réforme, vivement réclamée par l'opinion depuis l'affaire Druaux et l'affaire Laporte, est également souhaitée par le monde judiciaire et par le monde scientifique.

Dans le projet de M. Cruppi, elle se résume en ces trois propositions: d'abord, créer une liste annuelle d'experts ayant un véritable caractère scientifique; ensuite, donner au prévenu le droit de désigner un expert qui procédera aux opérations concurremment avec l'expert désigné par le juge; enfin, dans le cas où il y aurait un désaccord entre les deux experts, soumettre leur différend à une commission de superarbitres, composée de sommités scientifiques.

La commission des réformes judiciaires est saisie de cette proposition que M. Cruppi avait indiquée dans son ouvrage « de la Cour d'assises ». *(Journal des Débats).*

Journaux. — Après un passé glorieux de 26 ans, la *Revue des sciences médicales*, de Hayem, disparaît, regrettée de tous les chercheurs.

Par contre, l'*Intermédiaire des neurologistes et aliénistes*, publié par M. Sollier, et les *Archives de thérapeutique clinique*, du docteur Vidal, naissent à la vie. Nous faisons les meilleurs vœux pour leur longue durée.

L'Inauguration du monument CHARCOT, devant l'hôpital de la Salpêtrière, à Paris, aura lieu le dimanche 4 décembre, à 10 heures, sous la présidence de M. Leygues, ministre de l'Instruction publique.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le lundi 5 décembre 1898, à neuf heures du matin, aura lieu le concours pour la nomination de sept élèves internes et de trente élèves externes dans les hôpitaux de Lille; les opérations de ce concours se feront dans l'une des salles de l'hôpital St-Sauveur devant un Jury médical composé de MM. les professeurs Folet, Gaulard, Combemale, Phocas et Ausset; MM. Carrière et Gaudier, suppléants.

Conditions d'admission au concours

Internat : Les candidats devront : *a*) se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine de l'État, cinq jours au moins avant le 5 décembre. Passé ce délai, aucune inscription ne sera plus admise; *b*) déposer, en se faisant inscrire, un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré récemment soit par le Maire de leur résidence, soit par le chef de l'école où ils auront fait leurs études.

Pourront seuls concourir pour les places d'internes : 1° les élèves ayant rempli les fonctions d'externe au siège d'une Faculté de médecine; 2° les élèves en médecine étrangers à la Faculté de Lille, ayant au moins douze inscriptions; ne seront pas admis au concours de l'Internat, les élèves ayant moins de 18 ans et plus de 28 ans; le titre de Docteur est incompatible avec les fonctions d'interne.

Externat : Les candidats doivent satisfaire aux conditions *a-b* ci-dessus rappelées; peuvent seuls concourir pour les places d'externes, les élèves ayant au moins quatre inscriptions; les externes de 2e et 3e année sont tenus de concourir pour l'internat sous peine de radiation.

Matières du concours : a) **Internat** : 1. anatomie, 2. patho-

logie interne, 3. pathologie externe, 4. accouchements ; *b*) **Externat** : Ostéologie, myologie et petite chirurgie.

Dispositions générales : Les internes sont nommés pour trois ans et reçoivent chacun de l'Administration : la première année six cent cinquante francs, la seconde année sept cents francs et la troisième année huit cents francs. A la suite du classement des internes titulaires, le Jury fera choix de sept internes provisoires qui seront classés par ordre de mérite. Les externes sont nommés pour trois ans ; ils profitent de l'allocation précitée lorsqu'ils remplacent des internes pendant plus de dix jours. Les internes et les externes sont nourris dans l'Etablissement lorsqu'ils sont de garde. L'interne de l'Hospice Général ne recevra jamais qu'un traitement de première année.

La **Commission provisoire d'organisation du XIII[e] Congrès international de médecine**, qui se tiendra à Paris, en 1900, vient de s'adjoindre, dans la section de pathologie générale, notre rédacteur en chef, le professeur Combemale. Nous lui adressons nos félicitations pour cette flatteuse distinction.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. P.-P.-A. Favier, d'Ennevelin (Nord), ancien externe des hôpitaux, ancien interne du sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, a soutenu, le mardi 22 novembre, sa thèse de doctorat (5[me] série, n° 102) intitulée : **du traitement du mal de Pott** et en particulier **de la réduction brusque de la gibbosité sous le chloroforme.**

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Université de Nancy. — M. Gross, professeur de clinique chirurgicale, a été nommé doyen, en remplacement de M. Neydeureich, décédé.

Distinctions honorifiques

Ont été distingués pour dévouement à l'occasion d'épidémie, de **médaille de vermeil** MM. Briole et Banaget, internes en médecine à l'hôpital de Mustapha ; de **médaille d'argent** M. le docteur Hinglais, médecin de colonisation, à N'Caous (Algérie).

— Par décision du 5 novembre 1898, le ministre de la guerre a décerné les médailles d'honneur ci-après. **Argent :** Sœur Valentine (du Mans) ; Sœur Alexandre (d'Ancenis) ; Sœur Gabrielle (de Saint-Hippolyte-du-Fort) ; Grasset et Leroy, infirmiers à Tlemcen. **Bronze :** Gras (de Saint-Hippolyte-du-Fort ; Forestier de Toulouse ; Miquel, de Frendah (Algérie) ; Michel (d'Alger) ; Ardaillon et Vironda (de Gafsa).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Keller, de Paris ; Lapeyronie, de Bordeaux (Gironde) ; Denombré, de Bourron (Seine-et-Marne) ; Hugonnard, de Morestel (Isère) ; Stephen Tyng, de Paris.

M. le docteur Delassus, médecin-major en retraite, officier de la légion d'honneur, ancien maire de Merville (Nord). Nous adressons à sa famille et particulièrement aux docteurs Deroide (de Calais) et à notre collègue le professeur agrégé Deroide, l'expression de notre douloureuse sympathie.

M. le docteur Haan (du Hâvre), l'un de nos premiers abonnés, ancien vétérinaire de l'armée, qui avait conquis tous ses grades de docteur à Lille, vient de succomber, victime du devoir professionnel, à une fièvre typhoïde. Que sa famille reçoive l'expression de nos condoléances.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

46e semaine du 13 au 19 Novembre 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	2	4
3 mois à un an	5	4
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	1	2
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	4	1
20 à 40 ans	4	8
40 à 60 ans	11	9
60 à 80 ans	8	10
80 ans et au-dessus	»	5
Total	35	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	1	»	»	1	»	»	»	»	»	10	16	13
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2	2	»	»	1	»	»	»	»	»	4	12	10
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	1	»	»	»	»	»	2	1	3	»	»	3	1	»	»	»	»	3	14	27
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	1	»	»	1	»	»	4	8	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	6	14
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	5	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	8
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	3	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	2	5	6
Total	»	»	1	1	1	»	»	5	5	10	10	1	»	9	2	1	1	1	»	31	79	120

N° 99. Deuxième Année, N° 49. Le Numéro : **10** centimes. 4 Décembre 1898

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M. LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la Semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : L'épididymite comme symptôme primordial de l'infection urineuse chez des rétrécis, par le docteur **Carlier**. — La sacro-coccygodynie, par le docteur **G. Carrière**. — Pathogénie et séméiologie du ptosis, par le docteur **Fage**. — Notes de matière médicale : Les gaïacophosphal et phosphotal, succédanés du gaïacol et de la créosote. — Intérêts professionnels. — Nouvelles et informations. — Bibliographie. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'Académie de Médecine, M. LANCEREAUX reprend derechef la question du traitement des anévrysmes par le sérum gélatiné. Que la gélatine ne soit pas dialysable, comme on l'a dit, cela n'a pas d'importance ; il suffit qu'elle soit injectée dans le tissu conjonctif ou dans une cavité séreuse pour qu'elle puisse arriver dans la circulation, puisqu'elle ne doit traverser aucune membrane avant d'entrer dans le système lymphatique. M. GLEY a émis l'opinion que la gélatine injectée dans le péritoine n'était pas absorbée et n'augmentait pas la coagulabilité du sang. Or, les expériences faites par l'auteur semblent affirmer le contraire.

M. LABORDE s'élève contre cette manière de voir. Pour lui, l'absorption n'a pas lieu; d'autre part on ne saurait juger de la coagulabilité du sang en faisant des prises dans un vaisseau.

M. HAYEM vient à l'appui de cette dernière assertion; mais en revanche, il reconnaît qu'une substance ne doit pas être forcément soluble et dialysable pour être absorbée. La discussion reste ouverte.

A la **Société de chirurgie**, MM. BOUSQUET et BEURNIER rapportent deux cas d'injection intra-crânienne de sérum antitétanique Les deux cas se sont terminés par la mort

⁂ M. QUÉNU relate deux observations de péritonite tuberculeuse compliquée d'accidents d'occlusion intestinale.

⁂ M. BAZY préconise un nouveau procédé de traitement des cystites chroniques. L'auteur laisse dans la vessie 30 à 40 grammes de vaseline ou d'huile antiseptique qui, étant moins denses, ne se mélangent point à l'urine.

Le malade surveille son jet de manière à s'arrêter quand il arrive à expulser l'huile.

M. BAZY a vu ainsi des malades conserver trois à quatre jours leur médicament dans la vessie.

A la **Société de biologie,** M. BROCARD dit que la moitié des femmes enceintes ont de la glycosurie. Cela doit tenir à un trouble général de la nutrition. A ce propos, M. CHARRIN dit qu'un état fonctionnel relativement satisfaisant et l'absence de glycosurie alimentaire peuvent coexister avec des altérations graisseuses étendues du parenchyme hépatique, contrairement à l'opinion de quelques auteurs.

⁂ M. NOBÉCOURT a trouvé que dans les infections gastro-intestinales aiguës, le sérum du malade n'acquiert pas la propriété d'agglutiner le coli-bacille virulent isolé des selles. Au contraire, dans des infections à coli bacilles non virulents, on peut constater une agglutination

légère. Le sérodiagnostic de ces infections n'existe donc pas. On ne saurait se baser sur une communauté d'agglutination pour établir l'existence d'une race de coli-bacilles spécifique des infections gastro-intestinales des jeunes enfants.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, MM. DUFLOCQ et LEJONNE rapportent une observation de pneumonie, remarquable par la multiplicité des déterminations pneumococciques, d'abord dans le poumon lui-même, puis dans l'organisme entier où l'on put découvrir une arthrite suppurée de l'épaule, un abcès périlaryngien, des adénites, une psoïtis et enfin une méningite Le pneumocoque existait dans le sang, pendant la vie.

⁂ M. MILIAN montre deux hommes, atteints d'ankylose vertébrale. Chez tous deux, le menton touche le sternum, et ils sont condamnés à regarder perpétuellement leur abdomen. Il y a, de plus, aplatissement du thorax dans le sens antéro-postérieur avec atrophie de ses muscles et ankylose de ses petites articulations : il en résulte que le type respiratoire est devenu abdominal. Le premier malade ne peut se tenir debout : tout son squelette est hypertrophié, à l'exception de la tête et des extrémités ; anémie très marquée. Les jointures de la racine des membres ont leurs mouvements limités, par suite du volume des épiphyses. Ce malade reproduit assez bien le type décrit par MARIE, sous le nom de spondylose rhizomélique : l'auteur croit pourtant être en présence de la maladie de PAGET. Le deuxième malade peut encore se tenir debout ; il doit être atteint de rhumatisme chronique.

⁂ M. DANLOS rapporte les observations de deux malades chez qui l'iodure de potassium, à doses minimes, détermine des accidents tenaces. Chez le premier apparut une tuméfaction considérable des glandes sous-maxillaires Chez le second, une dermatite herpétiforme persista pendant six semaines, malgré la suppression immédiate du médicament. Fait remarquable, chez ces deux sujets, l'élimination urinaire de l'iode avait subi un retard considérable. M. RÉNON rappelle qu'on observe parfois une tuméfaction des parotides après l'emploi de la teinture d'iode

A la **Société de thérapeutique**, M. CAMESCASSE développe cette idée que c'est à tort qu'on s'adresse à l'eau salée à 7 pour 1000 pour réaliser le lavage du sang ; la dialyse cherchée exige précisément que le liquide interstitiel soit à un degré de concentration moléculaire inférieur à la molécularité des éléments nobles de nos tissus. Pour diluer le liquide interstitiel, il faut introduire de l'eau simple. Mais, pour cette introduction, il faut s'abstenir de la voie veineuse, voire même de la voie hypodermique ; la voie la meilleure est la voie rectale, quand la voie buccale ne peut être utilisée. Le lavage du sang, d'ailleurs, n'est pas nouveau : les tisanes, la diète lactée, les lavements répétés sont les moyens de l'assurer.

⁂ D'après MM. DUBIGOUDOUX et DURIEU, le principe actif du laurier-rose ne serait autre que la strophantine.

⁂ M. ILKÉVITCH, se basant sur la teneur en acide lactique des sécrétions vaginales, admet que cet acide est un antiseptique naturel du vagin. A sa suite, M. DALCHÉ s'est servi d'acide lactique à 3 °/₀₀ dans la leucorrhée, et en a obtenu de bons résultats, ainsi que dans la métrite chronique.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'épididymite comme symptôme primordial de l'infection urineuse chez des rétrécis

par le Dr **Carlier**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille

(Communication à l'Association française d'Urologie)

L'épididymite consécutive à des manœuvres intra-uréthrales est actuellement, sinon fréquemment observée, tout au moins bien connue. Aussi n'est-ce pas cette épididymite « cathétérienne » que j'ai en vue dans cette communication. Je désire appeler l'attention de l'Association d'Urologie sur deux faits intéressants qu'il m'a été donné d'observer, et dans lesquels l'épididymite fut le symptôme primordial de l'infection urineuse chez des rétrécis. Mes deux malades ont été pris, en pleine santé, d'un accès franc de fièvre urineuse, en même temps que se déclarait chez eux une épididymite aiguë. Or, l'un d'eux n'avait jamais été sondé et l'autre ne l'avait pas été depuis longtemps. Chez ce dernier malade les accès de fièvre urineuse persistèrent jusqu'au jour où je lui fis une uréthrotomie interne ; chez le second l'intoxication fut moins accusée, l'épididymite moins intense et la fièvre céda au traitement médical avant que l'uréthrotomie eût permis de drainer la vessie. Voici, d'ailleurs, ces deux observations rapportées aussi fidèlement que possible.

Observation I. — M. M..., âgé de 40 ans, n'a d'autre antécédent urinaire qu'une blennorrhagie contractée à l'âge de 25 ans. Depuis quelque temps la miction exige quelques efforts, mais la santé du malade semblait parfaite, et jamais il n'avait eu recours au cathétérisme.

Dans la soirée du 3 janvier 1897, après un repas assez copieux, M. M .. est pris d'un violent accès de fièvre accompagné de vomissements, et la miction ne s'effectue que difficilement et goutte à goutte. Son médecin, le docteur Renard, appelé aussitôt, constate que la vessie est légèrement distendue, mais n'ayant pas de sonde sur lui, il ne pratique pas le cathétérisme.

Le 4 et le 5 janvier, l'état reste le même, miction toujours pénible. Pas de cathétérisme. Fièvre.

Le 6 janvier, le malade accuse pour la première fois une vive sensibilité de l'épididyme droit. Et en effet cet épididyme est pris en entier, mais le gonflement n'est pas considérable. A cet état douloureux épididymaire s'ajoute bientôt une vive douleur ayant son siège dans la région lombaire gauche. La fièvre persiste, ainsi que la dysurie.

Puis les phénomènes aigus se calment, et le 26 janvier, lorsque je vis le malade, la température était devenue normale, l'épididyme était encore un peu gros et sensible, mais la miction s'accomplissait mal.

Je constatai l'existence de rétrécissements multiples de l'urèthre, dont le plus étroit occupait la région périnéale. Ce qui s'était passé antérieurement contre-indiquant les manœuvres qu'entraînerait le traitement par dilatation, je proposai une uréthrotomie interne qui fut acceptée et pratiquée séance tenante.

Les suites opératoires furent très simples. La sonde fut enlevée après quarante-huit heures et le malade soumis consécutivement à la dilatation recouvra une santé parfaite. J'ai eu depuis lors de ses nouvelles, et depuis deux ans il n'est plus survenu d'accès de fièvre.

Observation II. — M. D..., 47 ans, demeurant à Lille, est pris, dans la soirée du 23 juillet 1895, d'un violent accès de fièvre, avec frisson violent, claquements de dents, suivi d'une transpiration extrêmement abondante.

Le 24 juillet, la fièvre est insignifiante et le 25 la température était normale.

Le 26 juillet, dans la soirée, nouveau frisson violent, avec température de 40°8 ; c'est à ce moment que je suis appelé auprès du malade. Je le trouve en plein frisson, et je me contente de prescrire de la quinine et une copieuse ration de thé au rhum bien chaud.

Je revois le malade le lendemain ; l'accès de la veille ne s'était pas terminé par des sueurs abondantes comme lors du premier accès, le thermomètre marquait 39°3, l'état général était mauvais, et le malade, très oppressé, était extrêmement courbaturé.

Je fis un examen attentif de tous les organes, cet examen fut négatif, cependant la palpation des bourses révéla une vive sensibilité de l'épididyme gauche qui était déjà manifestement tuméfié. J'interrogeai alors le malade sur l'état de son urètre, il n'existait pas de blennorrhagie, mais j'appris que la miction était pénible et exigeait quelques efforts. M. D... avait été soigné autrefois pour des rétrécissements de l'urètre, mais il m'affirma que depuis six mois il n'avait pas eu recours au sondage.

Comme la vessie me paraît se vider assez bien et que j'hésitais à attribuer à l'état probablement défectueux de l'urètre, l'épididymite et la fièvre que présentait le malade, je renouvelai ma prescription de la veille en conseillant la quinine et des boissons chaudes en abondance.

Le 27 au soir, le thermomètre marque encore 40°8.

Le 28 juillet température normale, mais soupçonnant à ce moment l'origine urinaire des accidents, je fis transporter la malade à la maison de santé.

Le 29, j'explore l'urètre qui présente plusieurs rétrécissements dont le plus étroit, situé dans la portion bulbaire, admettait avec peine une boule numéro 8. Dans ces conditions je décide une urétrotomie interne pour le lendemain Le même soir nouvel accès de fièvre très violent, le thermomètre monte à 40°9.

Le 30 juillet matin, température 37°4. Je fais sans aucun incident une urétrotomie interne et je laisse une sonde à demeure. Je constate que l'épididyme est très gros dans son ensemble, mais d'une sensibilité moyenne. Température du soir 39°5.

Le 31 juillet, température normale matin et soir. Il en est de même le 1er et le 2 août lors de ma visite du matin. L'état général est très bon, l'appétit renaît ; dans ces conditions je me crois autorisé à enlever la sonde à demeure. Le même soir le thermomètre remonte à 39°7, je remets une sonde à demeure.

Dès ce moment la colonne thermométrique ne dépassa plus 37°5, et le 5 août le malade, débarrassé de sa sonde, pouvait être considéré comme guéri ; mais l'épididyme était encore sensible et gros, et il resta tel pendant quinze jours encore.

La dilatation consécutive, faite par mon interne, ne ramena aucun accès de fièvre. J'ai revu depuis lors ce malade dont l'état local et l'état général ne laissent rien à désirer.

Cette seconde observation, bien plus probante que la première, ne m'a laissé aucun doute sur la nature des accès de fièvre qu'a présentés mon malade. C'est bien d'accès de fièvre urineuse qu'il s'est agi ici, comme dans le premier cas d'ailleurs, et l'apparition d'une épididymite doit être attribuée à l'état d'infection des voies urinaires, infection qui trouvait sa source dans les lésions urétrales présentées par les deux malades. Je redis encore que l'un d'eux (Observ. I) ne s'était jamais sondé et que l'autre (Observ. II) n'avait pas été soumis au cathétérisme depuis six mois au moins. Ce qui plaide d'ailleurs en faveur de la thèse que je soutiens, c'est qu'il a suffi, avec l'urétrotomie, de drainer la vessie d'un de ces malades pour voir cesser aussitôt les accidents graves qu'il présentait depuis huit jours.

La Sacro-coccygodynie

par le docteur **G. Carrière**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille,
Chef du Laboratoire des Cliniques.

Il n'est guère d'affection plus douloureuse, plus mal connue, plus rebelle aux moyens thérapeutiques que celle qui va nous occuper dans ce travail et que l'on désigne sous le nom de sacro-coccygodinie.

La sacro-coccygodynie est une algie localisée dans la région coccygienne.

On n'en trouve peu ou pas de description dans les manuels de pathologie, même dans ceux qui traitent spécialement des affections du système nerveux.

Néanmoins elle est loin d'être rare, demande à être bien connue du praticien, dont elle fera souvent le désespoir ; aussi croyons-nous utile d'en donner ici une description générale basée sur six observations personnelles dont quatre ont été recueillies dans le service de mon maître, M. le Professeur Pitres.

Historique. — La sacro-coccygodynie est connue depuis longtemps déjà : Simpson l'a décrite le premier d'une façon satisfaisante bien qu'incomplète. Depuis, Kruckemberg, Nott, Erichsen, Scanzoni, Erb et Rosenthal, s'en sont occupés, mais surtout au point de vue des moyens thérapeutiques à opposer à cette affection.

Etiologie. — La sacro-coccygodynie est surtout fréquente chez la femme. Sur les six sujets que nous avons examinés, quatre appartenaient au sexe féminin. Cette prédilection pour le sexe féminin tient à certaines causes particulières qui sont :

1° La fréquence de la constipation chez la femme ;

2° L'existence de la grossesse, de l'accouchement ;

3° Mais surtout à l'état névropathique spécial du sexe féminin. Cet état névropathique dont l'hystérie forme le fond prédispose la femme aux algies diverses.

La sacro-coccygodinie s'observe presque exclusivement à l'âge adulte, sans qu'on puisse s'expliquer la cause de cette prédilection. Quoi qu'il en soit, je n'ai pas trouvé un seul cas chez l'enfant, ni dans mes observations personnelles, ni dans la littérature médicale.

Parfois l'affection survient spontanément, sans causes spéciales apparentes (obs. I et II) ; mais le plus souvent on trouve une cause à laquelle les malades, à tort ou à raison, font remonter le début de leur maladie.

Tantôt c'est le froid qui est incriminé, qu'il s'agisse d'un refroidissement général ou d'un refroidissement local (observation III). Dans ce dernier cas, il s'agissait d'une personne qui attribuait sa maladie à ce qu'elle était restée plus de trois heures assise sur le sable humide au bord de la mer.

Tantôt, et le plus souvent, c'est le traumatisme qui semble déterminer la production de la sacro-coccygodynie. Dans l'observation IV, il s'agit d'une dame qui se heurta le coccyx sur le coin d'une table ; dans l'observation V, il s'agit d'un cocher de fiacre qui faisait remonter le début de sa maladie à une chute qu'il fit du haut de sa voiture (il était tombé sur les fesses) Parfois c'est à la suite du traumatisme produit par un accouchement long et pénible qu'apparaît la douleur. Dans quelques cas la sacro-coccygodynie est rapportée à un traumatisme général : chute sur les pieds, la tête ou les reins.

Enfin, dans quelques cas rares, la sacro-coccygodynie survint à la suite d'une émotion morale ; il s'agit dans ces cas de troubles fonctionnels le plus souvent purement hystéropathiques (observation VI).

La sacro-coccygodynie survient ordinairement chez des neurasthéniques ou des névropathes. Sur nos six sujets trois présentaient manifestement les stigmates de la neurasthénie (asthénie généralisée, céphalée, tremblement, fatigue ou réveil, idées hypochondriaques) avant le début de toute affection. A ce sujet il est bon de faire remarquer qu'il est nécessaire de rechercher ces stigmates avant l'affection car la sacro-coccygodynie détermine très rapidement l'apparition du cortège neurasthénique. Tous nos sujets étaient manifestement neurasthéniques. Chez ceux qui ne l'étaient pas auparavant la sacro-coccygodynie fait donc rapidement éclore la neurasthénie.

La sacro-coccygodynie se développe souvent aussi chez des hystériques : une de nos malades (observation VI) était manifestement hystérique et présentait les stigmates de la grande névrose : rétrécissement du champ visuel, anesthésie en placards, zones hystérogènes.

On a prétendu que la coprostase, la constipation étaient des facteurs étiologiques importants de la sacro-coccygodynie ; trois de nos malades étaient habituellement constipées avant l'apparition des douleurs.

Il y a là une cause d'erreur qu'il convient d'éviter.

Si vous demandez à un sujet atteint de sacro-coccygodynie s'il est constipé, il répondra invariablement : oui. Dès lors, par suite de l'uniformité des réponses vous êtes porté à penser que la constipation, s'observant chez tous les malades, est un des facteurs étiologiques principaux de la sacro-coccygodynie. Il peut l'être, mais ne l'est pas toujours. La constipation est plus souvent l'effet que la cause de l'affection qui nous occupe : la défécation étant, du fait de la maladie, le plus souvent très pénible, le malade se retient, la constipation en est la résultante.

Etude clinique. — La sacro-coccygodynie est caractérisée par des phénomènes douloureux localisés dans la région sacro-coccygienne.

a) Phénomènes douloureux. — Les douleurs surviennent tantôt insidieusement, sans causes appréciables ; tantôt brusquement, à la suite d'une cause bien déterminée (un traumatisme, une émotion par exemple). Même dans ce cas la douleur peut ne survenir que longtemps après le trauma occasionnel. Dans l'observation V elle ne débuta que un an et demi après une chute sur le derrière. Même lorsque la cause est connue et bien déterminée les douleurs peuvent n'apparaître que lentement, insidieusement.

1° Début brusque.— Aussitôt après le traumatisme, le refroidissement, l'émotion occasionnels, la douleur débute vive, intense, paroxystique, avec tous les caractères qu'elle a à la période d'état.

2° Début insidieux. — Les douleurs sont sourdes au début : c'est plutôt une sensation de pesanteur, de tension, qu'une douleur proprement dite. Peu à peu elles augmentent, progressent de jour en jour jusqu'à ce qu'elles atteignent leur intensité définitive.

Ces douleurs sont presque toujours très vives, très pénibles, arrachent parfois des cris aux patients. Les uns les comparent à des brûlures, à des piqûres, les autres disent qu'il s'agit d'un rongement, d'autres de déchirures, d'autres enfin disent qu'ils ont comme un poids énorme qui écrase cette région. Ces douleurs ne sont pas continues mais ont des paroxysmes. Lorsque le malade est debout ou dans son lit, couché sur le côté, il ne souffre aucunement ; s'étend-il sur le dos, s'assied-il sur une chaise, la douleur revient avec toute son intensité.

La marche la fait aussi apparaître ainsi que la défécation, qui devient à peu près impossible. Le froid, le chaud ne semblent guère amener de paroxysmes, pas plus, du reste, que le frôlement de la peau de la région douloureuse, ainsi que cela s'observe dans certaines névralgies. Le plus souvent profondes, ces douleurs sont exceptionnellement superficielles. Elles ne suivent aucun trajet nerveux bien défini ; aucune irradiation nettement déterminée.

Chez les neurasthéniques, les hystériques, les douleurs suivent les oscillations du baromètre psychique.

Pour ne pas réveiller ces douleurs le patient s'assied ou se couche sur une seule fesse, sur le côté ou sur sa main, prend parfois les poses les plus bizarres.

Les rémissions ne sont jamais franches, et, en dehors des paroxysmes, il est rare que le calme soit parfait : la douleur persiste, sourde et lente. Parfois même il n'y a jamais de rémission et la vie du patient est un véritable martyre.

b) Examen local. — La région sacro-coccygienne ne présente absolument rien d'anormal, ni pendant les accès, ni en dehors des accès. Dans les cas anciens on note quelquefois un épaississement de la peau.

La pression de la région sacro-coccygienne réveille les douleurs. Le paroxysme dure un peu après la cessation de la pression.

Pendant les paroxysmes douloureux la sensibilité cutanée est ordinairement exagérée, deux fois sur six nous avons trouvé l'anesthésie à la piqûre, au tact et à la température.

Dans l'intervalle des accès on constate la justesse de la loi de Nothnagel : hypéresthésie cutanée dans les cas récents, anesthésie cutanée dans les cas anciens.

Par la palpation on trouve parfois, dans les cas très anciens, un coccyx déformé ou augmenté de volume : il s'agit vraisemblablement ici d'hypertrophie ostéo-périostique, analogue à celle qui s'observe dans les territoires atteints de névralgies invétérées. Cette augmentation de volume a été constatée *de visu* dans les cas où l'on a pratiqué l'extirpation du coccyx.

Par le toucher rectal, qui est parfois impossible tant il est douloureux, on peut arriver sur le coccyx, que l'on trouve souvent intact et, en pressant légèrement sur cet os, on détermine un paroxysme douloureux.

c) État général. — Généralement intact ; il peut, dans les cas très aigus et très anciens, subir le contrecoup de la maladie. Privé de sommeil, dans un état d'anxiété douloureuse et de souffrance continue, le malade maigrit et se cachectise. Parfois, c'est à la morphine que le patient a recours, et l'état général se ressent de l'intoxication progressive.

Il me semble intéressant de noter un phénomène

que j'ai rencontré trois fois sur six : la polyurie. Un de mes malades urinait 3 litres 600 par vingt-quatre heures, le second 4 litres, le troisième 7 litres ! Cette polyurie, d'origine réflexe, a été signalée dans la névralgie sciatique ; il est intéressant de la rencontrer dans la sacro-coccygodynie. Il s'agit sans doute d'une polyurie réflexe analogue à celle qui se produit quand on excite l'extrémité d'un nerf dénudé.

d) État psychique. — Intact dans les cas récents (sauf s'il y a auparavant neurasthénie ou hystérie), il ne tarde pas à se prendre. Sous l'influence de cette douleur intense, continue, rebelle aux agents thérapeutiques, le malade devient la proie d'idées hypocondriaques ; il se figure qu'il a un cancer, une tumeur. Il devient neurasthénique, parfois même vésanique ; obsédé par la douleur, il peut avoir des idées de persécution, des hallucinations, et le suicide n'est pas rare chez ces malheureux.

Pronostic. — Horriblement grave par la ténacité des douleurs. Mon maître, M. le professeur Pitres, me disait en 1896 qu' « il ne connaissait pas un seul cas de guérison ».

Seeligmuller en a depuis rapporté un exemple.

Diagnostic. — La première idée qui vient à l'esprit, en présence d'un malade présentant le tableau clinique décrit plus haut, c'est qu'il s'agit d'une lésion organique du petit bassin. L'erreur, en effet, pourrait être commise. Le toucher vaginal et rectal restera négatif et vous fera penser qu'il faut chercher ailleurs la cause de ces douleurs. On pourrait croire à une sacro-coxalgie, mais, dans cette affection, la douleur est nettement localisée ; à l'articulation sacro-iliaque, il y a une déformation plus ou moins appréciable ; en pressant des deux côtés du bassin, on exaspère la douleur. Dans la sciatique les douleurs suivent un trajet bien défini, la pression des points classiques de Valleix les exagère.

La névralgie du honteux interne se distingue facilement aussi par le siège des douleurs : le pénis, l'urèthre, le scrotum ou la région ano-périnéale.

La névralgie lombaire est caractérisée aussi par des points douloureux classiques bien connus du praticien : point lombaire, point iliaque, point inguinal, point scrotal ou de la grande lèvre, point sacré.

La confusion ne sera donc guère possible et le diagnostic de sacro-coccygodynie s'imposera.

Traitement. — On a préconisé des moyens médicaux et des moyens chirurgicaux pour guérir la sacro-coccygodynie : le plus souvent tous échouent.

a) Moyens médicaux : 1° Scanzoni préconisait les bains chauds, les compresses chaudes locales ; 2° Gosselin l'usage du coussin à air, et de purgatifs légers ; 3° Seeligmuller a obtenu une guérison (?) par la faradisation pratiquée avec une électrode dans le vagin, l'autre sur le coccyx ; 4° On a préconisé aussi les injections d'eau salée, d'éther, de chloroforme, d'acide osmique, acide phénique ; 5° Nous-même nous avons essayé les vésicatoires avec ou sans pansement à la morphine ; les pointes de feu ; les pulvérisations de chlorure de méthyle ; les injections de cocaïne ; d'eau et d'alcool à parties égales : sans obtenir aucun succès.

b) Moyens chirurgicaux : 1° Simpson préconise la section des fibres musculaires et ligamenteuses qui s'insèrent sur le coccyx ; 2° Nott va jusqu'à l'extirpation du coccyx que nous avons vu pratiquer dans un cas par M. le professeur Demons.

Après ces interventions chirurgicales les douleurs persistent encore : nous en avons fait l'épreuve malheureuse dans un cas.

En 1896, étant chef de clinique de M. le professeur Pitres, j'eus l'idée de pratiquer la ponction lombaire dans un cas de ce genre. Mon Maître voulut bien m'y autoriser. Je pratiquai donc cette opération dans les conditions ordinaires : Je ne retirai pas une seule goutte de liquide céphalo-rachidien. L'opération fut extrêmement douloureuse, mais le surlendemain il ne restait plus que la douleur de la piqûre, et, trois jours après, la malade était complètement guérie : je l'ai revue un an après, elle ne se plaignait de rien.

En 1897 j'eus l'occasion de pratiquer de nouveau cette opération chez un autre malade : Dans ce cas je retirai environ quatre centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. La douleur disparut le troisième jour et ne revint plus.

Ces résultats me semblent importants à noter puisqu'il y a peut-être là une voie nouvelle et un procédé thérapeutique curatif d'une affection considérée jusqu'à présent comme à peu près incurable. Pour moi je n'hésiterais plus désormais et, en présence d'un cas de ce genre, je pratiquerais la ponction lombaire. Ajoutons que si la sacro-coccygodynie survient chez un hystérique il conviendra d'employer les moyens habituels : la suggestion à l'état hypnotique ou à l'état de veille, les pilules de mie de pain ou de bleu

de méthylène pourront alors guérir à la seule condition que le patient croie à sa guérison et ait pleine confiance en son médécin.

Pathogénie. — La pathogénie de la sacro-coccygodynie est à l'heure actuelle totalement inconnue. S'agit-il d'une affection organique ? S'agit-il d'un trouble purement fonctionnel ? La question est bien loin d'être résolue.

I. Il ne semble pas qu'il s'agisse ici d'une affection organique parce que l'on n'a jamais trouvé de lésion apparente et manifeste dans la région douloureuse.

D'un autre côté, s'il y avait névrite, on noterait l'existence de bon nombre de signes qui manquent absolument : zona, troubles trophiques et vaso-moteurs.

II. S'agit-il d'un trouble fonctionnel ?

On pourrait le croire et penser qu'il y a là une véritable illusion de la mémoire. Le traumatisme initial, par exemple, détermine une violente douleur, que le patient croit toujours ressentir dans la suite.

Oui, mais, s'il en est ainsi, comment s'expliquer l'apparition de la sacro-coccygodynie après des traumatismes légers, presque indolores, ou même sans traumatisme ? La question est complexe.

Sans doute, dans certains cas, il y a des troubles purement fonctionnels, chez des hystériques, après une émotion morale, par exemple.

Nous avions pensé qu'il y avait peut-être des modifications du côté du liquide céphalo-rachidien. Mais, nous l'avons vu dans un cas, la ponction lombaire est restée sans effet.

Il est probable qu'il y a des modifications dans le dynamisme fonctionnel des groupes de cellules médullaires correspondant à la région sacro-coccygienne. Ces cellules pourraient être perturbées dans leur fonctionnement par un trauma, le refroidissement, etc., et ne transmettre dans la suite que des impressions douloureuses. Jusqu'à nouvel ordre, on ne reste donc que dans le champ de la pure hypothèse.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Observation I. — Marie D..., 35 ans, sans aucun antécédent, menant une vie très régulière, a deux enfants bien portants.

Cette femme, manifestement neurasthénique depuis l'âge de 28 ans, a commencé à souffrir de la région sacro-coccygienne depuis l'âge de 31 ans.

La douleur, d'abord insidieuse et lente, est devenue insupportable, elle arrache des cris à la malade. Elle compare cette douleur à une brûlure intérieure, à un rongement qui, très aigu, très pénible, l'oblige à rester au lit, sur le côté. Le décubitus dorsal, la position assise, la marche exagèrent la douleur : dans ces positions il lui semble que quelque chose de dur lui pèse sur le derrière.

Epaississement de la peau de la région sacro-coccygienne. La pression du coccyx, le toucher rectal exaspèrent les douleurs. Dans les paroxysmes douloureux, anesthésie au tact, à la piqûre, à la température. Dans l'intervalle des accès, anesthésie de la région sacro-coccygienne. Augmentation de volume du coccyx qui semble rugueux. Etat général satisfaisant. La malade, qui dort très mal, maigrit. Polyurie : 3.600 par vingt-quatre heures. Etat neurasthénique avancé. Traitement : Pointes de feu ; injection de cocaïne, d'alcool, d'acide phénique. La malade n'en a tiré aucun bénéfice. Je pratiquai la ponction lombaire. Le trocart ne ramène rien. L'opération fut très douloureuse. Le lendemain la malade souffrait encore de la piqûre mais les douleurs disparurent ; un an après elles n'avaient pas reparu.

Observation II. — Antoine L..., 40 ans, cuisinier. Sans aucun antécédent.

Souffre depuis deux ans. Manifestement neurasthénique auparavant. La douleur a fait son apparition brusquement, sans causes appréciables. Le malade était habituellement constipé. Les douleurs très vives ressemblent à des déchirures. Elles sont exagérées dans le décubitus dorsal, la position assise, la marche, la défécation ou la pression. Elles ne sont pas modifiées par le froid ou le chaud, le frôlement de la peau. Elles sont profondes, ne suivent pas de trajet nerveux. Elles sont plus violentes quand le sujet est plus déprimé. Pas de modifications locales La sensibilité cutanée est à peu près normale, sauf un peu d'hyperesthésie de la région sacro-coccygienne. Pas de modification du coccyx. Etat général très bon. Viscères sains. Etat neurasthénique très marqué.

Traitement : injection de cocaïne, pulvérisation de chlorure de méthyle, sangsues au périnée. La ponction lombaire donne 4 centimètres cubes de liquide limpide. Guérison complète.

Observation III. — Ernestine S.., 39 ans, ménagère, trois enfants bien portants. Elle-même très bonne santé. Pas de neurasthénie antérieure.

Il y a quatre ans, après être restée trois heures assise sur le sable humide, au bord de la mer, éprouve une douleur violente dans la région sacro-coccygienne ; elle l'attribue à un rhumatisme. Elle était habituellement constipée.

Les douleurs ont débuté insidieusement, d'abord lentes, puis très vives. La malade les compare à la brûlure d'un fer rouge. Ces douleurs sont nulles quand la malade est couchée sur le côté ou debout, sans marcher. Mais, si elle s'étend sur le dos, si elle marche, si elle s'assied ou va à la selle, elles deviennent intolérables. Ces douleurs ne sont pas réveillées par le frôlement de la peau, le chaud, le froid. La peau de la région sacro-coccygienne est épaissie, insensible à la piqûre et à la température. Le coccyx est épais. Etat général mauvais ; la malade est devenue morphino-

mane. Polyurie : 4 litres en vingt-quatre heures. Neurasthénie très marquée ; idées de suicide. Traitement par les pointes de feu, le chlorure de méthyle, les injections de cocaïne. Aucun résultat.

Observation IV. — Une dame de Bayonne, 39 ans ; deux enfants bien portants ; sans aucun antécédent ; se heurta au coin d'une table à 36 ans. Elle était constipée auparavant, mais nullement neurasthénique. Les douleurs de la région sacro-coccygienne débutèrent aussitôt. Très violentes, elles arrachaient des cris à la malade, qui ne pouvait rester qu'étendue sur le côté ou assise sur sa main. La malade éprouvait une sensation d'écrasement avec déchirure. La défécation, la marche sont très pénibles Les douleurs ne suivent aucun trajet nerveux. La peau de la région sacro-coccygienne est épaissie; le coccyx est hypertrophié. Anesthésie de la région douloureuse. Etat général mauvais; insomnie. Neurasthénie marquée. Tous les moyens médicaux échouent; l'extirpation du coccyx resta sans résultats.

Observation V. — Un homme de 44 ans, cocher de fiacre, non alcoolique, ne présentant aucun antécédent ; nullement neurasthénique ; tombe sur le derrière de la hauteur de son siège de voiture. La douleur ne fut pas excessive.

Un an et demi après survinrent des douleurs intolérables dans la région sacro-coccygienne. Le malade compare ces douleurs à un rongement. Elles se produisent dans le décubitus dorsal, la portion assise, la marche, la défécation. Le froid, le chaud, le frôlement de la peau ne les modifient pas. L'examen local reste négatif ; l'état général est bon. Le malade est neurasthénique avec idées vésaniques. Les moyens médicaux échouèrent : pointes de feu, chlorure de méthyle, cocaïne, injections d'eau et d'alcool.

Observation VI. — Jeune femme de 29 ans, lingère, à la suite de chagrins violents commence à souffrir de la région sacro-coccygienne. N'était pas constipée auparavant. Pas neurasthénique. Douleurs extrêmement vives avec cris, pleurs. La position assise est impossible, le décubitus dorsal, la marche, la défécation très pénibles. Anesthésie de la région douloureuse. Ces douleurs durent depuis cinq ans. Etat général bon. Polyurie : 7 litres. Etat mental mobile, peu de suite dans les idées : émotivité. Stigmates hystériques : rétrécissement du champ visuel à 25 ; ovaralgie ; plaques d'anesthésie. Tous les traitements institués avaient échoué. Six pilules de bleu de méthylène guérirent la malade.

Pathogénie et séméiologie du ptosis

par le Dr **Fage**, Médecin en chef de l'Hospice Saint-Victor, d'Amiens, chargé du cours d'ophtalmologie à l'École de Médecine

---

Sous le nom de *ptosis* ou de *blépharoptose* on désigne la chute de la paupière supérieure qui, privée du concours de son muscle élévateur, ne peut plus se relever, sous l'effort de la volonté, de façon à découvrir la pupille.

Cette difformité frappe d'emblée l'attention du clinicien. Est-elle bilatérale, le malade marche avec une certaine hésitation, les paupières tombantes, la tête renversée de façon à placer ses pupilles en face de la fente palpébrale insuffisante, les sourcils arqués et le front profondément ridé par suite de la contraction compensatrice du muscle frontal. Si la blépharoptose est unilatérale, la gêne est moins grande, mais le contraste des deux yeux n'en rend que plus choquante la difformité.

Le ptosis est très anciennement connu, puisqu'on retrouve son opération décrite par les auteurs Arabes, mais ce n'est que depuis une vingtaine d'années qu'on a bien étudié ses différents modes pathogéniques, et ses causes sont si variées, son exacte interprétation est parfois d'un tel intérêt en médecine générale, qu'il ne nous a pas paru inutile de présenter un tableau séméiologique de cette affection.

Ptosis mécanique. — La chute et l'immobilité de la paupière peuvent tenir à des causes indépendantes d'une lésion du releveur : des infiltrations, des tumeurs palpébrales peuvent par leur volume et leur poids annihiler l'action de l'élévateur ; des inflammations vives et prolongées (ophtalmie purulente, conjonctivite granuleuse) peuvent produire une induration de la muqueuse et du tissu sous-conjonctival capable d'entraver le fonctionnement musculaire ; il en serait de même d'un symblépharon ou de cicatrices cutanées.

C'est là une variété qui constitue une sorte de fausse blépharoptose qu'on peut appeler le ptosis *mécanique*.

Le ptosis vrai dépend d'une lésion du releveur de la paupière supérieure ou de son appareil d'innervation.

Le releveur est, rappelons-le, innervé par un rameau du moteur-oculaire commun, ce qui explique la production du ptosis dans les paralysies totales de la troisième paire (*ptosis associé*). Mais l'indépendance des noyaux d'origine fait comprendre que le rameau du releveur soit touché à l'exclusion des autres branches qui font partie de la troisième paire (*ptosis dissocié*), et aujourd'hui on est en droit d'admettre pour l'élévation de la paupière l'existence d'un centre moteur *cortical*.

Le ptosis est *acquis* ou *congénital*.

Dans la première forme, nous allons étudier d'abord celui qui est attribuable à un simple trouble fonctionnel ; nous parlerons ensuite de celui qui dépend d'une lésion matérielle proprement dite.

Ptosis fonctionnel. — Les observations de ptosis hystérique sont rares, peut-être parce que sa nature a été souvent méconnue. CANTON, DUSMANI, CHARCOT en ont rapporté des exemples. COOKE (1) en cite un cas coïncidant avec des troubles menstruels et disparaissant dès que les règles devenaient régulières.

On pourrait ranger dans cette catégorie certains ptosis des diabétiques, légers, peu durables et paraissant dus à de simples troubles circulatoires ; certains ptosis également fugaces du début de l'ataxie ou de la paralysie générale.

Ptosis paralytique. — Les causes pouvant produire une lésion matérielle sont multiples et doivent être étudiées sur les différents points du parcours du nerf.

Un traumatisme tel que choc violent ou plaie de la région sourcilière peut produire soit une déchirure du muscle, soit une paralysie *périphérique* de son rameau nerveux. Le droit supérieur, dont on sait les rapports avec le releveur, pourra être atteint lui-même de paralysie. Certains cas de ptosis des nouveau-nés qu'on peut croire congénitaux n'ont d'autre raison qu'une application maladroite de forceps.

La paralysie périphérique de l'élévateur s'observe encore comme complication de gommes, de tubercules, d'exostoses, d'abcès du rebord orbitaire.

Dans les maladies infectieuses, diphtérie, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, le ptosis est attribué par les uns à une névrite périphérique, par les autres à une altération nucléaire.

Plus en arrière, les causes déjà citées ne pourront guère intéresser le filet du releveur sans atteindre les autres branches du moteur-oculaire commun formant, au sommet de l'orbite et à la base de l'encéphale, un tronc unique. Donc, dans ces conditions, le ptosis est presque fatalement associé et le tableau clinique est, dans ces paralysies *fasciculaires*, celui de la paralysie complète de la troisième paire : strabisme divergent, pupille largement dilatée et généralement immobile, diplopie croisée, paupière supérieure abaissée.

(1) COOKE. — London medic. Society, 1895.

Dans l'hypothèse d'une paralysie *radiculaire*, soit d'une lésion située entre l'origine apparente et l'origine réelle du nerf, on peut exceptionnellement observer la blépharoptose dissociée. HOUEIX DE LA BROUSSE (1) rapporte l'observation d'un malade qui présentait un ptosis unilatéral en même temps qu'une hémiplégie avec contracture permanente. La réunion de ces symptômes fit penser au docteur PICHON que le siège de la lésion était à l'intersection des fibres pyramidales et de celles de la troisième paire ; aussi porta-t-il le diagnostic de lésion distinctive du pied du pédoncule, ce qui fut confirmé par l'autopsie.

Les paralysies *nucléaires* sont des plus importantes. Les lésions des noyaux, telles que ramollissement, hémorrhagie, tumeurs, se limitent rarement au point de produire des paralysies dissociées ; mais il existe dans cette région, comme dans le bulbe et la moelle, des dégénérescences ou des atrophies cellulaires des noyaux moteurs qui peuvent se limiter et conduire au ptosis dissocié, du moins temporairement.

L'ataxie locomotrice est une des affections qui frappe le plus volontiers les noyaux oculo-moteurs, et bien que certains neurologistes tendent à ranger les paralysies tabétiques dans la catégorie des névrites périphériques, la lésion des noyaux n'en a pas moins été constatée à l'autopsie. Ne peut-on pas d'ailleurs supposer que l'altération nucléaire échappe quelquefois à des moyens d'investigation encore insuffisants.

Le ptosis isolé et permanent dans le tabes est fort rare ; on en trouve à peine quelques observations dont celle d'HOUEIX DE LA BROUSSE est une des plus complètes. Il s'agissait d'un ataxique avéré qui ne présentait du côté de sa musculature oculaire qu'une chute de la paupière supérieure gauche, et chez lequel on trouva à l'autopsie une altération nucléaire très nette de l'oculo-moteur commun.

La sclérose en plaques frappe quelquefois les noyaux protubérantiels, deux fois sur deux cent vingt, d'après la statistique de DUFOUR (2). Il paraît en être de même de la paralysie générale. HOUEIX DE LA BROUSSE, qui a observé dans les asiles d'aliénés, dit que le ptosis est fréquemment observé chez les paralytiques généraux. Il est d'ailleurs passager et a les allures d'un trouble dynamique.

Les paralysies nucléaires de la troisième paire

(1) HOUEIX DE LA BROUSSE. — Thèse de Paris, 1888.
(2) DUFOUR. — Thèse de Berne, 1890.

peuvent être produites enfin par les infections générales et les intoxications, syphilis, diphtérie, fièvre typhoïde, pneumonie, diabète, alcoolisme, etc.

Il nous reste à parler des paralysies *corticales* du releveur palpébral. LANDOUZY (1) a été le premier à rassembler des cas de ptosis pur que l'autopsie permettait de rattacher à des lésions corticales siégeant au voisinage du pli courbe.

Cette localisation n'a pas été admise sans conteste par ceux qui ont trouvé des lésions et même une destruction complète du pli courbe sans blépharoptose. PITRES, GALLOPIN, CHAVANIS ont publié des observations où des lésions du pli courbe et des régions adjacentes n'avaient pas entraîné la paralysie du releveur palpébral ; et d'autre part JOHANNY, RENDU, TRIPIER ont observé cette paralysie chez des malades où les lésions étaient localisées à la circonvolution frontale et pariétale ascendante. La vérité est que, si l'existence d'un ptosis d'origine corticale est un fait acquis, la localisation exacte des lésions qui le déterminent est un sujet encore à l'étude.

Ptosis congénital — Le ptosis *congénital* est dû à un vice de développement portant sur le muscle élévateur ou sur son appareil d'innervation.

Il n'est pas facile de connaître la nature même de l'amélioration qui existe dans chaque cas. L'hérédité joue chez certains sujets un rôle incontestable. On connaît la relation donnée par ALESSI (2) d'une famille dans laquelle les hommes seuls étaient atteints d'un ptosis monolatéral, la lésion changeant d'œil à chaque génération. DE WECKER a remarqué que dans les familles où il y avait des ptosiques, les autres enfants présentaient un certain rétrécissement de la fente palpébrale.

Le ptosis coïncide parfois avec certaines manifestations de dégénérescence, idiotie, névroses, ou avec d'autres malformations congénitales telles qu'épicanthus (GOLOVINE) (3), astigmatisme (PERGENS) (4).

Le releveur peut être atrophié ou manquer complètement : il peut présenter une irrégularité dans sa direction ou dans son insertion. La peau de la paupière peut être démesurément développée (ptosis hypertrophique de DE WECKER (5). Il faut savoir aussi que le ptosis du nouveau-né peut résulter d'une compression de la région palpébrale par le bassin maternel ou par le forceps mal appliqué.

Le ptosis congénital paraît le plus souvent monolatéral. Complet à la naissance, il peut devenir moins accentué lorsque la suppléance du frontal s'est établie. C'est la variété congénitale qui a surtout intéressé les ophtalmologistes ; c'est celle qui a donné naissance à la plupart des procédés opératoires proposés pour la guérison du ptosis.

(1) LANDOUZY. — Arch. de médecine, 1877.
(2) ALESSI — Annales d'Oculistique, 1842.
(3) GOLOVINE — Comptes rendus du Cercle Ophtalm. de Moscou, 1894.
(4) PERGENS. — La Presse médic. belge, 3 mars 1897.
(5) DE WECKER. — Traité d'Ophtalmologie, T. 1.

NOTES DE MATIÈRE MÉDICALE

Les gaïacophosphal et phosphotal, succédanés du gaïacol et de la créosote

La causticité du gaïacol et de la créosote appelaient des préparations dérivées, participant de leurs avantages et privées de leurs inconvénients. Les éthers, carbonate, benzoate, salicylate, etc., ont été utilisés dans ce but, ayant cette propriété d'être sans odeur et presque pas irritants.

Les phosphites de gaïacol et de créosote, couramment désignés sous le nom de *gaïocophosphal* et de *phosphatal*, sont aussi des éthers mais inodores, non caustiques ; en plus ils ont une teneur atteignant 92.2 °/ₒ de gaïacol et environ 9 °/ₒ en phosphore. En réalité, c'est de la créosote ou du gaïacol en même temps que des phosphates qu'absorbe le malade en prenant ce médicament. Notons en outre un avantage clinique qui n'est pas négligeable dans certains cas, c'est que l'élimination commence aussitôt l'ingestion, mais se poursuit plusieurs jours. Il en découle, le médicament s'attardant ainsi dans l'économie, que les doses thérapeutiques sont faibles : 1-2 grammes par jour, à raison de la saveur forte des médicaments. Le lavement semble la voie d'entrée à préférer ; 200 gr. de lait dissolvent 1 gr. de phosphotal, liquide pâteux, ou de gaïacophosphal, onctueuses lamelles blanches cristallisées ; on ne signale aucun accident local consécutif.

En résumé, chez les tuberculeux que, suivant la méthode de BURLUREAUX, mais sans son appareil injecteur si compliqué, on désire saturer de créosote, les nouvelles préparations sont parfaites. Mais dans les autres cas cliniques de tuberculose, les contre-indications de la créosote persistent ; les voies digestives sont cependant ménagées, et c'est là une amélioration réelle qu'il n'était que juste de signaler.

F. C.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France

L'Union des Syndicats médicaux de France a tenu son assemblée annuelle le 25 octobre, à l'hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. le docteur COMBY.

Après une allocution du président, qui a indiqué les grandes lignes du programme que l'Union des Syndicats cherche à remplir, M. J. NOIR, secrétaire général, a exposé en son rapport les travaux de l'année. Il a indiqué les dangers de la *loi sur les accidents du travail pour le corps médical,* loi mal élaborée et inapplicable. Il a fait part des rapports tendus entre les médecins et les Sociétés de secours mutuels et rappelle que les Syndicats médicaux ont obtenu un représentant officiel au Conseil supérieur des Sociétés de Secours mutuels, comme ils en ont un officieux dans la personne de M. PORSON (de Nantes) au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Les Syndicats ont à l'heure actuelle intenté deux procès importants : un contre les magnétiseurs d'Angers qui prétendent avoir le droit d'exercer la médecine, et qui va sous peu être jugé par la Cour de cassation, et un second contre un abbé de Sens qui pratiquait en grand la chirurgie la plus nuisible et la plus fantaisiste. Un projet d'organisation du Congrès international de médecine professionnelle en 1900 a été présenté à l'approbation de l'Assemblée. Des protestations ont été faites contre la non-exécution de la loi sur l'Assistance médicale dans le Morbihan, où le Conseil général réactionnaire refuse d'organiser tout service pour sauvegarder l'existence de 250 officines de bonnes sœurs. L'Union a encore émis le vœu de la suppression du droit de bibliothèque réclamé par les Facultés de médecine aux docteurs qui désirent travailler.

La question de l'Ordre des médecins, qui partage fortement les syndicats, a été remise au Congrès de 1900, pour en permettre une étude plus approfondie.

Au banquet, chez Marguery, M. BROUARDEL, qui présidait la fête, a promis de faire ses efforts pour obtenir la suppression du droit de bibliothèque dont il n'a jamais été partisan. MM. les docteurs COMBY, GUINARD (de Paris), LASALLE (de la Gironde), M. ROCHER, avocat, MM. les docteurs RACHER (de Honfleur), ARCHAMBAULT (de Paris), etc., ont successivement pris la parole.

(*Progrès médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le Conseil de l'Université de Paris vient de décider que les internes titulaires des hôpitaux seraient dispensés des droits d'immatriculation et de bibliothèque, et aussi que les boursiers des Facultés seront affranchis du droit d'immatriculation.

A quand la même réforme pour Lille ?

— Il a été décidé aussi que l'étudiant qui prend une inscription à la veille de son départ pour le service militaire conserve le bénéfice de ladite inscription après sa libération, en ce qui concerne l'immatriculation d'office.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par arrêtés ministériels du 30 novembre :

1° Sont rapportées les dispositions relatives au service de la Chaire de parasitologie, dont nous avons donné transcription fin juillet dernier ;

2° M. le docteur VERDUN, agrégé des Facultés de médecine, est chargé, durant l'année scolaire 1898-1899, d'un cours de parasitologie à la Faculté de médecine ;

3° M. FOCKEU, docteur ès-sciences naturelles, chef des travaux d'histoire naturelle, est chargé, pour l'année 1898-1899, d'un cours de botanique à la même Faculté.

Nous adressons nos félicitations à M. FOCKEU et nos souhaits de bienvenue à M. VERDUN.

— Le Conseil de la Faculté a émis dans sa séance du 1er décembre le vœu que la Chaire d'histoire naturelle soit transformée en Chaire de médecine opératoire et de chirurgie urinaire.

— Pour le concours d'internat qui va s'ouvrir demain les inscriptions sont au nombre de 21 ; pour le concours d'externat elles s'élèvent à 27.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. G.-E.-F. LEMAIRE, interne des hôpitaux, de Bruay (Nord), a soutenu, le jeudi 1er décembre, sa thèse de doctorat (5me série, n° 103), intitulée : Recherches sur la toxicité de la liqueur dite « amer du pays », contribution à l'étude de l'alcoolisme dans le Nord.

École de médecine et de pharmacie d'Amiens.

M. MALPART, chef des travaux de chimie, est mis en congé, sur sa demande, pendant le premier semestre 1898-1899. M. TRÉPANT, professeur de pathologie médicale, est mis en congé, sur sa demande, pour l'année scolaire 1898-1899. M. DÉCAMPS, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé en outre, durant l'année scolaire, d'un cours de pathologie interne.

HOPITAUX DE PROVINCE

Lyon. — M. le docteur VILLARD a été, après concours, nommé chirurgien des hôpitaux.

Ont été, après concours, nommés internes titulaires : MM. PIOLLET, BRISSON, GRANGE, PINATELLE, CASELLA, COGNARD, MAGNET, AGNIEL, JOLY, CARRIER, VARAY ; internes provisoires : MM. DESGOUTTES, CHALLAYE, ROBERT, VOUTIER, BOUZODD, EGGLI, LACOURME, OVIZE, VITAUD, LAFOND, MICAUD, PELLANDA, GONNET, PRAT, GENEVET, BOIGEY, MONTAGNARD, MULLER, MORAND.

Montpellier. — Ont été, après concours, nommés internes titulaires : MM. SOUBEYRAN, DELORD et ORSSAUD ; internes provisoires : SOUREL, CROZAT et BOUSQUET.

Tours. — Ont été nommés internes : MM. LHOPITALLIER, BRETHEAU, DINET, PASQUIER.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Angers. — M. le docteur PAPIN est institué, pour neuf ans, chef des travaux d'histologie.

Besançon. — M. COLLÉATTE est chargé pour 1898-1899, d'un cours de physique.

Caen. — M. CHRÉTIEN est chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

Clermont. — M. le docteur BILLIARD est chargé, pour 1898-1899, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

M. le docteur Bide, de celles de chef des travaux de médecine opératoire. M. le docteur Bruyant, de celles des travaux d'histoire naturelle.

Rouen. — Mlle Robineau est nommée prosecteur.

Distinctions honorifiques

Médaille d'or du dévouement. — M. le docteur Borkowski, de Courbevoie.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Semelaigne, de Paris, directeur de l'importante maison de santé de Neuilly ; Chomérac, de Paris ; Peigné, de Mende (Lozère) ; Peltré, de Bray et Lu (Seine-et-Oise) ; Boisson, de Libourne (Gironde) ; Filladeau père, de la Roche-sur-Yon (Vendée) ; Trogneux, de Fontaine-le-Dun (Seine-Inférieure).

BIBLIOGRAPHIE

Travaux pratiques de micrographie médicale, par le docteur G. Lasserre. Société d'éditions scientifiques, Paris 1898.

Les étudiants en pharmacie qui suivent les travaux pratiques de micrographie n'ont eu jusqu'ici à leur disposition que des traités sur la matière, assurément fort bien faits et très complets, mais difficiles à consulter pendant les séances pratiques. Le temps en effet est mesuré et ne permet pas de rechercher dans un ouvrage où ils sont forcément disséminés, les renseignements que chefs de travaux et préparateurs, malgré tout leur zèle, ne peuvent fournir à chaque élève en particulier.

Ce manuel, par sa concision et son caractère purement pratique, est appelé à rendre les plus grands services.

Un memento d'organographie et d'histologie végétales, placé comme introduction, a pour but de rappeler, le cas échéant, un certain nombre de détails ou de termes dont le souvenir est parfois confus.

La partie la plus importante est celle qui étudie un certain nombre d'organes de plantes médicinales au point de vue anatomique. Les planches sont en phototypie et reproduites d'après nature ; c'est là un fait très important. Le dessin, en accentuant certains traits ou en faisant ressortir quelque tissu important, induit l'étudiant en erreur qui recherche sur sa préparation une netteté semblable, impossible à obtenir dans la réalité. Avec la photographie les rapports, les formes, sont tels que dans la nature ; en consultant une planche ainsi obtenue, la comparaison sera faisable et le travail n'en pourra être que meilleur et plus facile. Chaque planche est accompagnée d'un texte explicatif précis, mais aussi succinct que possible.

Un chapitre spécial indique les principaux colorants et les meilleurs réactifs micro-chimiques permettant de mettre en relief et de différencier entre eux les différents tissus et certains principes actifs élaborés dans les organes des végétaux. Les caractères différentiels des divers amidons, la recherche du bacille de Koch dans les crachats et une étude des sédiments urinaires, avec planches à l'appui, terminent l'ouvrage. Le chapitre intitulé technique microphotographique sera aussi consulté avec fruit.

En résumé, ce manuel est l'auxiliaire obligé de tout étudiant en pharmacie au laboratoire de micrographie ; il est destiné à remplir le rôle des tableaux d'analyses au laboratoire de chimie. Il ne fait pas double emploi avec les traités existant déjà ; son but est autre.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

47e semaine du 20 au 26 Novembre 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	17
3 mois à un an	4	2
1 an à 2 ans	1	2
2 à 5 ans	2	2
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	9	6
40 à 60 ans	9	11
60 à 80 ans	11	14
80 ans et au-dessus	1	3
Total	48	59

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	7	12
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	2	5	»	1	»	»	4	»	»	»	»	»	3	15	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	1	»	»	2	»	»	1	»	»	4	12	15
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	5	»	»	3	1	»	»	1	»	6	19	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	6	15
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	4	»	1	2	»	»	5	1	»	»	»	»	4	17	8
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	2	»	»	2	1	»	»	»	»	5	12	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	3	»	»	»	»	»	2	7	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	7	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	5
Total	»	»	»	1	1	»	»	11	12	7	16	»	»	24	3	1	1	1	»	28	107	121

N° 100. Deuxième Année, N° 50. Le Numéro : **10** centimes. 11 Décembre 1898

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la Semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : De quelques moyens de diagnostic tirés de certaines attitudes du corps, par le docteur **Bédart**. — Grossesse extra-utérine; extirpation totale du kyste fœtal ; guérison, par le docteur **O. Lambret**. — Sur un cas d'endocardite mitro-aortique végétante subaiguë (suite), par **E. Bertin**. — Angine et laryngite diphtériques chez un sujet de neuf mois; injection de sérum ; tubage pendant 25 heures ; guérison, par le docteur **Ausset**. — Contribution à la pathogénie de l'ostéo arthropathie hypertrophiante pneumique, par MM. **Combemale** et **Sonneville**. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille. — Bibliographie.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'Académie de Médecine, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rapporte qu'il a fait, pendant un an, des essais cliniques prouvant que l'eau oxygénée est un antiseptique d'une puissance remarquable. appelé à rendre de grands services dans les cas de suppuration ou d'infection septique. Les solutions à dix ou douze volumes sont celles qui conviennent le mieux : elles sont de beaucoup supérieures au sublimé. L'eau oxygénée n'est pas seulement capable d'enrayer les putréfactions, elle peut encore les prévenir. Le lavage préalable du vagin pour l'hystérectomie est plus parfait avec l'eau oxygénée qu'avec n'importe quel autre liquide. Enfin dans le cas d'avortement suivi d'infection, le lavage de l'utérus est aussi satisfaisant que le curettage. De plus, l'eau oxygénée est hémostatique.

M. CHARPENTIER répond que ce produit est d'une conservation difficile et qu'il constitue un excellent bouillon de culture pour le streptocoque. M. FERRAND a renoncé aussi à son emploi. car le bioxyde d'hydrogène est irritant et même caustique. M. MONOD déclare que rien n'est supérieur aux pulvérisations de phénol et M. LABBÉ est de son avis.

M. LABORDE prend la parole à son tour pour dire que l'eau oxygénée n'est nullement dangereuse et qu'on peut l'injecter dans les veines. Enfin, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, tout en reconnaissant qu'elle n'offre pas une grande stabilité, prétend qu'elle est fabriquée dans d'excellentes conditions de pureté et qu'elle est bien plus efficace que le phénol.

A la **Société de chirurgie**, M. QUÉNU dit avoir obtenu un excellent résultat de l'emploi de la thyroïdine dans les retards de consolidation des fractures.

M. RECLUS a eu également un très beau résultat par cette méthode, mais il a eu quelques insuccès, sans trouver de raison à l'inefficacité de la thyroïdine dans ces faits.

*** M. PICQUÉ lit une observation du docteur GAUDIER (de Lille), ayant trait à un abcès cérébelleux, d'origine otitique. Devant les symptômes vertiges, chute avec rotation du corps du côté de la lésion de l'oreille, céphalée, vomissements, M. GAUDIER intervint par la voie mastoïdienne (il y avait mastoïdite suppurée) puis en bas et en arrière trépana, ouvrit et draina un abcès intra-cérébelleux. La malade (une enfant) guérit assez rapidement sans présenter, dans la suite, des symptômes du côté du cervelet. L'opération date de un an.

*** La série noire continue à propos des résultats de l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique. MM. ROUTIER et MICHAUX ont apporté deux cas suivis de mort.

*** La discussion revient sur la tuberculose péritonéale, à forme d'occlusion intestinale ou appendiculaire. M. POTHERAT en a observé trois cas.

M. BROCA relate plusieurs observations dans lesquelles le diagnostic était particulièrement délicat. Il faut distinguer le cas où très nettement il n'y avait aucun symptôme abdominal préalable et ceux où il existait depuis longtemps des troubles intestinaux et péritonéaux. Dans le premier cas, le diagnostic est presque impossible, surtout si la péritonite tuberculeuse est enkystée et siège à droite. Dans le doute, il vaut mieux opérer, une intervention étant de toute façon moins dangereuse pour le malade, que l'expectative.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. AUSSET, à propos d'un cas de maladie de BARLOW, fait ressortir que cette affection dépend du rachitisme et que le lait stérilisé ne joue aucun rôle dans sa genèse. M. NETTER déclare, au contraire, que la maladie de BARLOW ou scorbut des enfants s'observe souvent sans qu'il y ait trace de rachitisme et, en Amérique, où ce dernier est relativement rare, on a cependant noté un assez grand nombre de cas de scorbut infantile. Enfin, l'efficacité du traitement antiscorbutique et la rapidité avec laquelle il amène la guérison, prouvent qu'il s'agit là de scorbut. On a affaire, le plus souvent, à un enfant qui, après avoir été toujours bien portant, commence brusquement à pâlir et s'anémie d'une façon très rapide, en même temps qu'il présente une hypéresthésie accentuée et un léger degré d'œdème du dos du pied ; ce n'est que plus tard que surviennent les hémorragies sous-périostées. M AUSSET nie que le diagnostic soit possible avant l'apparition de ces hémorragies et que les enfants peuvent guérir sans traitement antiscorbutique.

*** M. VINCENT a observé cinq cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique, sans constater la présence de l'hématozoaire du paludisme : dans un cas, il a vu une amibe. La quinine reste sans effet sur ces accidents. La malaria, d'après l'auteur, ne serait point en jeu dans cette forme morbide : il s'agirait d'une maladie infectieuse non encore définie. M. RENDU appuie cette opinion par le cas d'un officier qui, n'ayant point eu de fièvres intermittentes, fut atteint de fièvre bilieuse hémoglobinurique. D'autre part, quoi qu'en dise KOCH, la quinine n'amène pas l'hémoglobinurie.

A la **Société de biologie,** M. CLAUDE parle d'un malade qui eut une diarrhée cholériforme pendant cinq mois ; l'autopsie montra des pertes de substance de la muqueuse du cœcum, des côlons et une disparition de la muqueuse du rectum. C'était une tuberculose se présentant sous forme d'infiltrations avec fonte moléculaire du tissu néoplasique et de follicules à cellules géantes. Le cas se rapproche assez de ce qu'on connaît sous le nom de tuberculose hypertrophique du gros intestin.

*** MM. GILBERT et WEIL ont observé deux cas de cancer chez des diabétiques. Ces cancers eurent une marche remarquablement envahissante et une terminaison rapidement mortelle. Cette gravité d'évolution peut s'expliquer, que l'on invoque soit la nature infectieuse de la néoplasie, soit son origine cellulaire. Dans le premier cas, on peut comparer sa malignité à la gravité de l'anthrax, de la pneumonie, des gangrènes chez les diabétiques. Dans le second, l'hyperglycémie peut favoriser la surproduction de glycogène, de même qu'elle produit des infiltrations de cette nature dans les cellules canaliculaires du rein, et l'on sait que les tumeurs sont d'autant plus végétantes qu'elles contiennent plus de glycogène.

*** M LESAGE répond à une communication précédente de M NOBÉCOURT en disant qu'il n'a essayé d'établir que le sérodiagnostic des races de colibacille par un sérum antitoxique. M. WIDAL rappelle qu'il a montré que la séro-réaction n'a pas de valeur, parce que les différents échantillons de colibacilles sont souvent distincts, malgré leurs aspects de similitude. C'est la conclusion à laquelle on arrive par toutes les méthodes.

*** M. J. COURMONT a fait 104 expériences sur 56 sérums d'animaux, soit normaux, soit tétaniques, ou avec du sérum antitétanique. Le sérum de l'homme n'agglutine jamais le bacille de NICOLAIER. Il n'y a aucun rapport entre l'immunité ou la réceptivité naturelles pour le tétanos et le pouvoir agglutinant. Le tétanos ne développe pas ce pouvoir : il ne saurait être question de sérodiagnostic. Le sérum antitétanique est fortement agglutinant : il agglutine jusqu'à 1/50.000

*** M. NICOLAS adresse une note sur une nouvelle série d'expériences qui tendent à prouver qu'il n'y a pas de rapport constant entre l'agglutinabilité ou la non-agglutinabilité des divers échantillons de bacilles de LŒFFLER et la virulence de ces bacilles ou le pouvoir préventif du sérum antidiphtérique à leur égard.

A la **Société Centrale de Médecine du**

Nord, M. LAMBRET présente le segment iléo-cœcal de l'intestin qu'il a enlevé sur une malade du service du professeur FOLET.

Il s'agit d'une femme qui avait habituellement une hernie crurale droite. Cette hernie s'étant étranglée, il se produisit un phlegmon stercoral qui aboutit à un anus contre nature spontané. Par l'orifice pathologique, une notable portion du cœcum et du côlon ascendant fit hernie, et il en résulta l'existence d'une volumineuse tumeur dont la surface de revêtement était constituée par la muqueuse intestinale ; on distinguait sur cette surface trois orifices ; l'orifice de la valvule iléo-cœcale, celui de l'appendice vermiforme, et enfin celui qui était consécutif à la gangrène herniaire.

M. LAMBRET fit la laparotomie latérale sur le bord externe du muscle droit, de façon à voir arriver à l'anneau herniaire l'anse afférente et l'anse efférente qui n'était autre que le côlon ascendant diminué de volume. Ces deux anses furent sectionnées et anastomosées l'une à l'autre au moyen du bouton de MURPHY ; puis quand la continuité du tube intestinal fut rétabli, l'intestin hernié et ce qui restait des anses afférente et efférente furent enlevées d'une seule pièce comme une tumeur. Le ventre fut alors refermé par une suture en étage après drainage par l'anneau crural. L'opération dura trois quarts d'heure. Les suites en furent très simples et la malade sortit de l'hôpital complètement guérie et sans éventration. Quant au bouton de MURPHY, il n'avait pas encore, à ce moment, été retrouvé dans les selles, mais il peut avoir échappé aux recherches des infirmières chargées de cette besogne.

⁂ M. NOQUET lit et commente une observation de parosmie subjective. Une malade sentait constamment l'odeur de viandes putréfiées ; la cautérisation et la destruction d'un cornet hypertrophié suffirent pour faire disparaître cette sensation gênante, si fréquente chez les neurasthéniques et les aliénés, au dire de plusieurs membres de la Société.

⁂ M. MOTY présente un malade opéré d'anévrysme diffus de la jambe gauche consécutif à une blessure des artères tibiale et péronière par éclat de verre. La poche a été largement ouverte après cocaïnisation et les caillots qui occupaient toute la hauteur de la loge antérieure ont été facilement expulsés par des pressions énergiques. La péronière qui donnait faiblement a été liée et une contr'ouverture a été faite ensuite à la face interne du membre pour servir au passage d'un drain perforant. Le drain a été enlevé le quatrième jour ; réunion sans incident.

TRAVAUX ORIGINAUX

De quelques moyens de diagnostic tirés de certaines attitudes du corps

par le docteur **Bédart**, professeur agrégé de physiologie

On sait que dans la curieuse affection dénommée paralysie pseudo-hypertrophique, si après avoir fait asseoir le malade par terre, on lui donne l'ordre de se mettre debout, il y arrive en prenant les positions typiques représentées dans le schéma ci-joint emprunté à GOWERS (fig. 1).

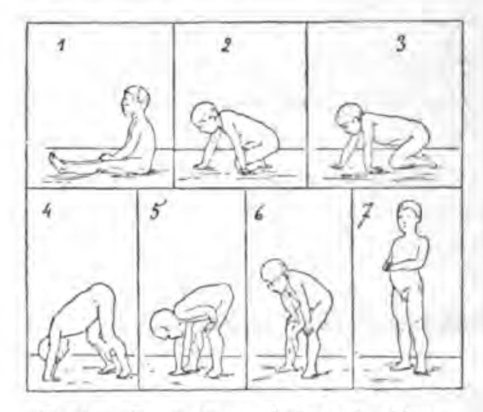


Fig. 1. — Paralysie pseudo-hypertrophique.

Le patient se penche en avant, prend la position à « quatre pattes », sur les genoux, puis étend la jambe sur la cuisse en prenant un double point d'appui sur le sol avec les mains, il arrive à l'attitude 4 du schéma. Pour relever le corps, il lui faut l'aide de ses bras, dont l'un se détachant du sol (5) et venant prendre contact et appui au-dessus du genou, lui permet de redresser un peu sa colonne vertébrale ; l'autre bras effectue ensuite la même manœuvre ; puis en remontant alternativement du genou vers la racine de la cuisse, le point d'appui de chaque main, ces malades finissent par mettre leur corps dans la position verticale (7).

Cette série de mouvements n'est pas spéciale à la paralysie pseudo-hypertrophique: OPPENHEIM et BRAMWELL l'avaient déjà fait remarquer, en observant que tout malade atteint, soit d'une lésion musculaire douloureuse dans la région des lombes (lumbago, contusion), soit encore d'une carie vertébrale au même endroit, passe, pour se relever de la position assise par terre à la position verticale, par la même série

d'attitudes que le malade atteint de paralysie pseudo-hypertrophique (fig. 2).

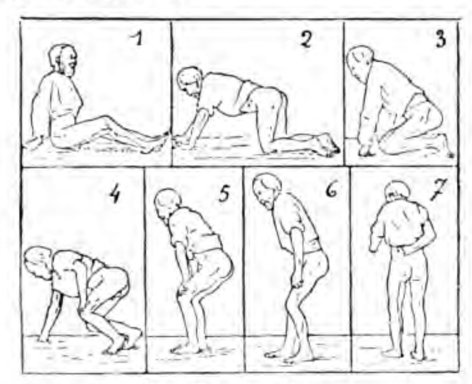


Fig. 2. — Lumbago.

Minor, privat-docent à l'Université de Moscou, dans un long article, très documenté, du *Deutsche Medecinische Wochenschrift*, 9 juin 1898, ayant de nouveau étudié ce point de symptomatologie, partage la même opinion ; mais il fait remarquer toutefois que la ressemblance entre les attitudes n'est tout à fait frappante que si la douleur lombaire est bilatérale ; c'est également mon avis, après avoir soumis à cette petite épreuve les malades atteints de lumbago qui viennent demander à l'électrothérapie un rapide soulagement de leurs douleurs.

D'autre part, si vous faites asseoir par terre un malade atteint de sciatique, et lui commandez ensuite de se relever, il va s'y prendre (fig. 3) d'une tout autre



Fig. 3. — Sciatique droite.

manière, car en faisant fonctionner les muscles de sa région sacro-lombaire, il n'a rien à craindre comme douleur, pour redresser sa colonne vertébrale.

Le plus souvent vous le verrez garder le membre malade (+) avec le genou légèrement fléchi, et étendre le membre sain ; après cette petite manœuvre préparatoire, les bras sont reportés en arrière du tronc et les mains viennent prendre un point d'appui sur le sol en *arrière* du bassin. L'extension des bras soulève le corps un peu au-dessus de terre, alors en s'aidant de petits mouvements de balancement le malade fléchissant les deux genoux arrive à placer son bassin en arrière des bras dans une position accroupie (3). C'est à ce moment que s'effectue le mouvement d'élévation du tronc, surtout par l'extension du membre sain ; il est aidé par le bras du côté sain qui s'appuie encore sur le sol, tandis que le bras du côté malade (4), projeté et balancé en avant, sert à faire contrepoids. L'extension des genoux continuant, le corps finit par se redresser tout à fait (voir aussi 1, 2, 3, 4, fig. 4).

Pour Minor ces attitudes sont absolument caractéristiques de la sciatique, surtout la deuxième position des mains en arrière, avec balancement en avant du bras correspondant au côté malade. Dans le grand nombre des observations qu'il a réunies, Minor a rencontré des gens atteints à la fois de sciatique et de lumbago double ; chez ces malades, il se produit une combinaison des deux modes de soulèvement : c'est le type sciatique qui prédomine, jusqu'au stade de balancement du bras, mais arrivé là (toute tentative pour redresser sa colonne vertébrale par contraction des muscles lombaires, étant douloureuse) le malade se penche en avant, prend la position à quatre pattes et termine comme dans le lumbago en « grimpant » le long de ses cuisses (fig. 4).



Fig. 4. — Lumbago et Sciatique.

Lorsque la douleur de sciatique est faible, ou lorsque l'irradiation douloureuse n'est bien marquée qu'au dessous du creux poplité, certains malades ne prennent pas l'attitude caractéristique ; les gens

atteints de coccydynie ont tendance à prendre les attitudes propres à la sciatique.

Restait à vérifier comment, en l'absence de toute douleur sciatique ou lombaire, une personne assise par terre se relève ; des recherches faites par nous, on peut tirer les conclusions suivantes : l'homme sain se relève toujours *vivement*, soit 1° en exécutant rapidement les trois premiers mouvements type sciatique, et passant de la position accroupie à la position droite par une extension *brusque* des membres inférieurs accompagnée de l'extension du tronc sur le bassin ; soit 2° en passant de la position accroupie de face à la position demi-accroupie latérale par un mouvement de torsion du corps, l'une des deux mains venant se placer sur le sol, du même côté que l'autre (comme pour ébaucher la position à quatre pattes par rotation du tronc, et non par projection en avant type lumbago) dans cette attitude, l'articulation des coudes jusqu'alors légèrement fléchie, est brusquement mise en extension et projette le tronc en l'air en même temps que l'extension du genou et la contraction des muscles des gouttières amène la position droite du corps, qui se détend comme un ressort.

Tels sont avec de petites variations les types de redressement du corps chez l'homme sain.

Que conclure de ce petit travail de contrôle sur les intéressantes observations de Minor ?

1° Il y a bien deux séries d'attitudes caractéristiques pour le malade atteint de sciatique, et pour le malade atteint de lumbago ou de lésion de la région lombaire (carie vertébrale, contusion).

2° Ces signes objectifs peuvent avoir de l'importance à côté des signes subjectifs dans certains cas, et notamment *dans la simulation* si aisée du lumbago et de la sciatique : dans le lumbago le malade prendra son point d'appui sur les mains placées en *avant* pour passer par la position à quatre pattes, comme dans la paralysie pseudo-hypertrophique ; dans la sciatique, le malade prendra appui sur les mains placées en *arrière* du corps et passera par la position accroupie avant de se relever.

Nota. — Avant de commander les mouvements, il faut mettre le malade les bras croisés et les jambes étendues bien parallèlement, en attitude indifférente, petite précaution conseillée par Minor, dont nous avons reproduit ici les schémas.

Grossesse extra-utérine
Extirpation totale du kyste fœtal. Guérison

par le docteur **O. Lambret,** chef de clinique chirurgicale

Les cas d'extirpation complète du kyste fœtal des grossesses extra-utérines d'au moins cinq mois avec fœtus vivant ou mort récemment, sont encore peu nombreux ; leur histoire est d'autant plus intéressante que ce n'est pas là le traitement classique et que ce mode d'intervention peut être considéré comme exceptionnellement ou tout au moins peu souvent praticable. C'est pourquoi j'ai cru devoir rapporter l'observation suivante recueillie dans le service de mon maître, le professeur Folet, d'après les notes rédigées par M. Camus, externe du service.

Observation. — Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans, ayant eu onze enfants, dont quatre pertes, entrée à l'hôpital le 3 septembre 1898. Sa dernière perte a été faite il y a trois mois, elle était à ce moment enceinte de deux mois et demi. A cette époque elle fut prise subitement de douleurs dans le ventre et expulsa, sans grande hémorrhagie, un fœtus de huit centimètres environ. Depuis lors, elle a dû rester au lit, elle a été soignée par son médecin qui lui ordonnait des purgations à cause d'une constipation opiniâtre ; mais les douleurs augmentant sans cesse, la malade entre à l'hôpital.

A l'examen, on trouve le col utérin reporté très haut et tout à fait caché derrière la symphyse pubienne de telle façon que le cathétérisme utérin est absolument impossible. Le col regarde en avant et est largement ouvert. Le cul-de-sac postérieur semble occuper à lui seul tout le fond du vagin, il est très tendu par une masse qui paraît immobile : cette masse est retrouvée par la palpation abdominale, elle remonte au-dessus du pubis jusqu'à environ trois travers de doigts de l'ombilic. Le ventre est ballonné ; la masse qu'on sent dans le cul-de-sac postérieur est ramollie et comme fluctuante, mais l'examen est excessivement pénible et la malade se contracte tellement sous la douleur qu'on décide de l'anesthésier à une séance suivante : à ce moment le diagnostic penchait vers la possibilité d'un vaste abcès pelvien consécutif à l'avortement antérieur.

Le 13 septembre, on chloroformise la malade, et le fait est fréquent en gynécologie, les sensations que l'on perçoit ne sont plus les mêmes. On constate par la palpation abdominale que du côté gauche, il existe une tumeur ovoïde, du volume du poing, molle et mobile, elle est située à un niveau supérieur à celui de la tumeur que le premier examen avait révélé dans le pelvis. Celle-ci est d'ailleurs facilement retrouvée par la palpation bimanuelle, et on constate qu'elle paraît jouir d'une certaine mobilité. On s'arrête au diagnostic de kystes multiloculaires de l'ovaire et on reporte la malade dans son lit. Le soir, elle perd une assez grande quantité de liquide brûnâtre, la température reste normale.

L'opération est pratiquée le 16 septembre, par le professeur Folet, la malade étant dans la position de Trendelenburg. Incision sur la ligne médiane du pubis à l'ombilic des diverses couches de la paroi abdominale et ouverture du péritoine. On s'aperçoit alors que la tumeur haute et mobile que la palpation abdominale avait fait découvrir du côté gauche, est constituée par un utérus hypertrophié, pâle et mou. En-dessous de lui, s'enfonçant vers le cul-de-sac de Douglas, s'étalant vers la droite, une masse bru-

nâtre qui est le kyste fœtal. Deux conduites pouvaient alors être suivies, ou bien l'ouverture du kyste, l'extraction du fœtus et la marsupialisation du placenta, c'est la conduite classique ; ou bien l'ablation totale du kyste qui semblait se présenter d'une façon favorable, et devoir être assez facile si l'utérus était enlevé, c'est cette conduite qu'adopte le professeur FOLET. L'utérus est donc enlevé suivant la méthode américaine ; des pinces sont placées sur les artères utéro-ovariennes, sur celles du ligament rond, sur les utérines dans un ligament large, friable et peu résistant, et l'utérus est enlevé. Le kyste fœtal est ensuite extirpé de bas en haut, décollé de ses adhérences avec le cul-de-sac de DOUGLAS, avec le péritoine pelvien, avec l'intestin ; ce décollement se fait sans trop de difficultés, et donne lieu à une hémorrhagie peu abondante. On s'occupe alors de l'hémostase définitive, en liant les vaisseaux pris dans les pinces et on s'aperçoit que du côté droit, un tampon de gaze placé là pour repousser l'intestin est fortement imbibé de sang. La malade étant remise dans la position horizontale, un flot de sang noir accumulé dans les flancs et la concavité du diaphragme afflue aussitôt. On l'épuise au moyen de tampons de gaze bien secs, mais il en revient sans cesse ; enfin le champ opératoire se trouve suffisamment nettoyé pour rechercher la source de cette hémorrhagie formidable ; on voit enfin, après des explorations multiples, que la pince qui tient les vaisseaux utéro-ovariens du côté droit a déchiré l'extrémité tout à fait supérieure du ligament large et à ce niveau une veine d'un calibre respectable déverse sans obstacle un jet continu de sang noir. Elle est aussitôt pincée et liée. Un drain est passé dans le vagin, la suture du péritoine est faite suivie de la reconstitution des divers plans de la paroi abdominale. L'opération a duré une heure.

Mais la malade a perdu plus d'un litre de sang et elle se trouve dans un état réellement très inquiétant. Elle a reçu, il est vrai, pendant les derniers temps de l'opération et après la découverte de l'hémorrhagie, une injection d'environ deux litres de sérum artificiel, on lui a fait en outre des injections de caféine et d'éther. Mais quand on la reporte dans son lit, bien qu'entourée de bouillottes, la respiration reste longtemps faible et le pouls à peine perceptible. Enfin, vers le soir, le pouls se remonte un peu et la malade se réchauffe, le thermomètre marque 37 degrés. Le lendemain on constate un mieux sensible et une température de 37°9. Le 20 septembre on change les tampons vaginaux, l'amélioration s'accentue bien que la température reste aux environs de 38°.

On fait le pansement le 24. La plaie abdominale est réunie, le drain vaginal est diminué de calibre, la plaie vaginale est en effet très réduite et ne suppure pas. Mais tout à coup le surlendemain la malade accuse une température de 40° le matin. Un examen minutieux ne permet pas de découvrir la cause de cette élévation de température. Cette hyperthermie non expliquée persiste pendant huit jours, puis cesse pour se reproduire également sans cause apparente le 7 octobre, elle reste aux environs de 39 jusqu'au 11 octobre. A partir de ce jour jusqu'au 17 octobre, la température reste normale, le 17 elle s'élève brusquement à 40°, s'y maintient toute la journée et retombe le lendemain à 37°. La malade est sortie de l'hôpital le 22 octobre. Son état général est aujourd'hui très amélioré.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre ; on relève tout d'abord une erreur complète de diagnostic, et cette erreur est absolument justifiée par les indications que nous donnait la femme. Quand une femme qui a eu onze enfants et quatre pertes vient déclarer qu'elle a fait une fausse couche et expulsé un fœtus de huit centimètres environ, il n'y a pas de raison pour ne pas la croire, or il est très probable que dans le cas particulier, lorsque notre malade a cru faire une fausse-couche elle a purement et simplement expulsé une caduque utérine, phénomène qui n'est pas absolument exceptionnel dans les grossesses ectopiques. J'ajouterai d'ailleurs que puisque nous savons aujourd'hui nous comporter suivant les circonstances et les surprises que nous réserve l'ouverture du ventre, une erreur de diagnostic ne peut être très préjudiciable à la malade.

Le professeur FOLET a pratiqué l'extirpation complète de la masse placentaire. Or, quand la grossesse date de cinq mois environ, que le fœtus est vivant ou mort récemment, ce qui est le cas, on recommande, à l'heure actuelle, d'enlever le fœtus, mais de laisser le placenta et de le marsupialiser. L'élimination de celui-ci se fait ensuite lentement et spontanément par la plaie abdominale. C'est là un traitement qui, au premier abord, semble peu chirurgical, et qui est passible de plusieurs reproches. En effet, il expose à l'infection de la cavité du kyste, car même avec nos pansements antiseptiques, quand ces pansements doivent être fréquemment répétés, nul ne peut être certain d'éviter toujours la suppuration ; il expose en outre à la persistance d'un trajet fistuleux continuant à donner tous les jours une certaine quantité de pus ; il expose enfin à une éventration future par suite de l'absence de réunion complète de la paroi abdominale. Mais tous ces défauts ne comptent pas si on les met en parallèle avec les dangers auxquels on est exposé au cours d'une extirpation complète d'une grossesse ectopique. C'est sur ces dangers qu'insistaient le professeur PINARD dans un rapport fait l'an dernier à l'Académie de médecine, et également SEGOND dans le rapport qu'il a lu au tout récent Congrès de gynécologie tenu à Marseille. Le placenta ectopique adhère de tous côtés à des organes très importants, le rectum, la vessie, l'uretère, les artères aorte et iliaque, l'intestin, etc., la dissection en est très difficile, et la blessure d'un ou de plusieurs de ces organes est à peu près fatale, enfin le chirurgien peut se trouver en présence d'une hémorrhagie formidable provoquée par le décollement du kyste fœtal. Ce sont là des raisons suffisantes pour faire rejeter l'extirpation comme trop grave et adopter la marsupialisation du placenta. Mais à toute règle il y a des exceptions, de même, toute méthode opératoire peut subir des perfectionnements ; il y a des cas rares, où le décollement du placenta se présente comme devant être facile et rapide ; dans ces cas, surtout si le kyste fœtal est bas situé et difficilement abouchable à la paroi, on est autorisé à tenter l'extirpation totale. Cette extirpation semble pouvoir être dans certains cas favorisée par l'ablation concomittante de l'utérus. PANTALONI, de Marseille, prenant la contre-partie du rapport du

professeur Pinard (ce rapport avait trait à une observation de Routier, au cours de laquelle celui-ci avait blessé la vessie et déchiré l'uretère) s'écrie que tous ces malheurs ne seraient pas arrivés à Routier s'il avait en même temps pratiqué l'hystérectomie. Il faut convenir que l'observation que nous venons de rapporter est favorable à cette dernière thèse. C'est donc là un point qui mérite d'appeler l'attention, et dans des cas semblables on devra discuter si on n'est pas autorisé à faire subir à la patiente l'amputation de l'utérus, afin d'enlever complètement le kyste fœtal et éviter ainsi les accidents qui peuvent suivre la marsupialisation.

Pendant une grande partie de la durée de l'opération. à cause de la position inclinée de Trendelenburg, un vaisseau de l'extrémité tout à fait supérieure du ligament large a donné librement, et a pu déverser, sans qu'on s'en aperçoive, plus d'un litre de sang dans la cavité péritonéale. On a vu dans quel état précaire cet incident a placé la malade qui a cependant pu être remontée par des injections massives de sérum artificiel. On a vu également que la convalescence fut troublée par des élévations de température restées inexpliquées, car il ne se fit au niveau des plaies aucune réaction inflammatoire et leur cicatrisation se fit normalement. Faut-il attribuer ces élévations de température au sérum artificiel qui par exemple aurait pu n'être pas scrupuleusement aseptique? C'est une hypothèse qu'on peut soulever bien qu'aux points où furent faites les injections de sérum, il ne se produisit pas de suppuration.

Sur un cas d'endocardite mitro-aortique végétante subaiguë,

par **E. Bertin**, externe des hôpitaux
(Travail du Laboratoire des Cliniques).

L'observation d'un cas d'endocardite subaiguë recueillie dans le service de M. le professeur Combemale et publiée dans ce journal (1) était incomplète : l'étiologie en était restée obscure, le malade n'ayant jamais eu ni rhumatisme, ni maladie infectieuse. Il était donc intéressant de rechercher l'agent infectieux qui s'était localisé uniquement sur l'endocarde. M. le professeur agrégé Carrière a bien voulu se charger de ces recherches, et voici les résultats qu'il a obtenus :

Le sang est recueilli, à l'autopsie, aseptiquement dans le ventricule droit et ensemencé : 1° sur un tube de gélose ; 2° sur un tube de bouillon ; 3° sur un tube de lait anaérobie.

Le lendemain, les tubes de lait et de gélose n'ont rien donné. Le tube de lait, au contraire, s'est complètement coagulé, et au-dessous de ce coagulum existe une sérosité roussâtre. Dans le sérum, on trouve, sans coloration, un diplocoque très mobile.

(1) *Echo médical du Nord*, 1898, p. 367.

On procède alors à un nouvel ensemencement : 1° anaérobiquement, *a*) sur lait, *b*) sur bouillon ; 2° aérobiquement, *c*) sur gélose, *d*) sur bouillon.

Le lendemain, *a*) le tube de lait est coagulé et le sérum qui le surmonte est très abondant et louche ; les cultures sont inodores ; *b*) le tube de bouillon anaérobie ne semble pas avoir poussé : *c*) le tube de gélose aérobie a donné une longue traînée de petites colonies rondes, blanchâtres, crémeuses, confluentes en certains endroits ; *d*) Le tube de bouillon aérobie est devenu uniformément trouble.

Examen bactériologique : *a*) Culture anaérobique sur lait : le microbe se présente toujours associé en diplocoques, rarement par groupe de quatre. Il prend très bien le Gram ; les grains qui le constituent sont réguliers, ont toujours les mêmes dimensions et n'affectent aucun rapport avec les globules de graisse du lait.

b) Culture aérobique sur gélose. Les grains sont un peu plus gros, mais le nombre des micro-organismes fait qu'ils sont tassés les uns sur les autres et qu'il n'est plus possible de se rendre compte de leur forme exacte (on dirait des staphylocoques).

c) Culture aérobique sur bouillon. Même aspect que la culture sur lait.

Examen anatomique. — Les fragments des différentes parties du cœur, et plus particulièrement des valvules, ont été, après fixation dans l'alcool, colorés par différentes méthodes. C'est ainsi que nous avons pratiqué des colorations par l'hématéine et l'éosine, par l'hématéine et l'alcool picriqué, la cochenille aqueuse éosine, le bleu de méthylène polychrome. Mais nous nous sommes surtout servi du procédé de Thun (orcéine acide et thionine phéniquée). Nous avons de plus pratiqué la coloration par la méthode de Gram et la méthode de Ziehl.

On peut résumer de la façon suivante le résultat de nos recherches anatomo-pathologiques :

En passant successivement en revue les différentes couches d'une valvule, voici les lésions qu'on observe : la charpente fibreuse de la valvule ne présente pas d'altérations appréciables ; les faisceaux qui la constituent sont étroitement unis les uns aux autres et ne présentent pas de lésions bien nettes. Les faisceaux élastiques présentent un œdème interstitiel extrême-

ment prononcé ; les espaces virtuels qui séparent les tractus élastiques sont distendus par une substance finement granuleuse qui les dissocie de façon à donner à cette couche un aspect réticulé.

Le réseau élastique fin du bord de la valvule est lui-même atteint, augmenté d'épaisseur et infiltré de liquide.

Au milieu de la substance granuleuse qui dissocie les éléments élastiques de cette zone, on note l'existence de quelques éléments cellulaires, et dans ce cas ce sont particulièrement des leucocytes polynucléaires dont le protoplasme présente la réaction des cellules d'Ehrlich-Weigert.

Nous avons pu observer dans nos coupes les phénomènes sur lesquels Achalme a insisté dans son récent travail sur l'endocardite rhumatismale, à savoir la transformation des cellules conjonctives en cellules d'Ehrlich.

On sait que les cellules d'Ehrlich présentent des réactions caractéristiques : coloration en grenat foncé par la thionine. Ces cellules d'Ehrlich existent plus particulièrement entre les faisceaux élastiques, mais comme Achalme, nous avons pu constater la transformation des cellules conjonctives en cellules d'Ehrlich. Ces transformations sont surtout évidentes quand on étudie les parties périphériques des zones fibro-conjonctives. On constate d'abord que le noyau, tout en conservant sa faculté de se colorer énergiquement par les réactifs nucléaires, s'en imprègne d'une façon plus diffuse. On note l'envahissement progressif du protoplasme des cellules, par des granulations rouge-grenat.

Il convient d'ajouter que les fibres élastiques elles-mêmes semblent avoir subi une atteinte profonde, car elles ne fixent plus l'orcéine comme à l'état normal (coloration noirâtre).

Dans les **couches périphériques**, on constate la disparition complète de l'endothélium remplacé par une prolifération embryonnaire plus ou moins épaisse, suivant les parois et formant par places de véritables bourgeons acuminés, sessiles ou pédiculés. Cette infiltration embryonnaire est essentiellement constituée par de petits éléments arrondis, à noyaux peu énergiquement colorés, à protoplasme finement granuleux, tassés les uns contre les autres. Chacun de ces éléments renferme en général plusieurs noyaux, ou présente des figures karyokinétiques très nettes. Mais à côté de ces points en voie de prolifération évidente, il en est d'autres où les cellules infiltrées ont déjà subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Même dans ces points, il existe toujours, au voisinage immédiat de la couche fibro-élastique valvulaire, une zone colorée où les éléments cellulaires n'ont pas complètement subi la dégénérescence, de sorte qu'il semble que cette nécrose débute par la périphérie. En certains points, les bourgeons embryonnaires ainsi constitués se sont recouverts d'une couche fibrineuse, hyaline, ou en voie de désintégration granulo-graisseuse.

L'infiltration microbienne dans toutes les préparations, et plus particulièrement des cellules de l'orcéine et de la thionine, est absolument prononcée et massive comme l'a décrit Achalme dans l'endocardite rhumatismale. Elle n'a d'égale que celle qu'on observe dans les lésions du charbon bactéridien et elle est telle que dans certains points les formes microbiennes sont si serrées qu'on ne distingue pas leur forme propre. Elle est surtout prononcée à la périphérie, mais on l'observe encore dans la couche fibro-élastique à un degré beaucoup moindre. Les micro-organismes qui la constituent sont des cocco-bacilles peu allongés, trapus, tantôt isolés, tantôt associés par deux et en streptocoques. Ces micro-organismes sont tantôt libres, tantôt inclus dans les leucocytes polynucléaires, mais ne semblent jamais affecter de rapports avec les cellules d'Ehrlich.

Les vaisseaux qu'on trouve dans la préparation présentent une prolifération de l'endothélium ; la lumière des vaisseaux est rétrécie, oblitérée, et c'est là probablement qu'il faut voir la cause des phénomènes de nécrose de la couche embryonnaire, car c'est surtout dans cette couche que les vaisseaux de néoformation présentent ces altérations.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une endocardite manifestement infectieuse ; nous avons retrouvé les caractères qu'Achalme assigne à l'endocardite rhumatismale : 1° œdème interstitiel ; 2° transformation des cellules conjonctives en cellules d'Ehrlich ; 3° prolifération embryonnaire et nécrose ultérieure ; 4° infiltration microbienne massive ; 5° thrombose des vaisseaux.

Il ne nous est pas possible d'affirmer que le micro-organisme cultivé et retrouvé dans les coupes soit le bacille d'Achalme et Thiroloix, bien qu'il s'en rapproche par les caractères suivants : 1° polymorphisme ; 2° vie strictement anaérobie à partir de

l'homme; 3° vie aérobie facultative après passage sur trois ou quatre milieux (THIROLOIX); 4° coagulation rapide du lait ensemencé.

Cette localisation du bacille d'ACHALME et THIROLOIX serait remarquable, car jamais les articulations n'ont été atteintes; ce serait donc une endocardite rhumatismale primitive.

Angine et Laryngite diphtériques chez un sujet de neuf mois. Injection de sérum; tubage pendant 25 heures. Guérison.

Par le Docteur E. Ausset,
professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des enfants à l'Université de Lille.

Le 12 octobre dernier entrait dans le pavillon de la diphtérie la jeune H..., Fernande, âgée de *neuf mois*.

C'est une enfant très-frêle, très-délicate, d'une santé médiocre, déjà tarée par le rachitisme, dont la fontanelle antérieure, en particulier, est encore très-largement ouverte. Elle est nourrie au biberon, sans aucune précaution et sans aucune règle.

Si j'insiste un peu sur ces points, c'est pour montrer que la diphtérie qui nous amenait cette malade évoluait sur un terrain déjà débilité, ce qui, par conséquent, augmente l'importance de la guérison chez une enfant dont le tout jeune âge, par lui seul, suffisait à assombrir le pronostic.

L'enfant était souffrante depuis deux jours.

Le matin de l'entrée la voix et la toux s'étaient voilées, la respiration avait commencé à s'embarrasser, et vers 6 heures du soir le tirage était très-manifeste.

On conduit l'enfant à l'hôpital vers 9 heures du soir.

A son entrée, on constate que la gorge est très rouge, encombrée de mucosités, mais il n'y a pas de fausses membranes apparentes. Il y a des ganglions sous-maxillaires assez volumineux; le teint est plombé. Il y a un tirage assez intense. Dans la poitrine, il n'y a pas de lésions pulmonaires; il existe seulement un peu de grosse bronchite. La température est de 38°7, le pouls incomptable et arythmique. Les urines recueillies avec la sonde sont légèrement albumineuses.

Ainsi que cela est la règle dans le service depuis déjà longtemps, on institue immédiatement les pulvérisations avec une mixture à base de teinture d'eucalyptus et de teinture de benjoin. Pendant ce temps on procède à l'examen, par frottis sur lamelles, d'une parcelle des mucosités pharyngiennes. La préparation, colorée par le GRAM, permet d'apercevoir des LOEFFLER (formes moyennes) et en même temps de nombreux cocci, ainsi que des streptocoques. On fait alors une injection de 10 cent. cubes de sérum antidiphtérique. Un ensemencement sur sérum est immédiatement mis à l'étuve, et, *dès le lendemain matin*, nous obtenions une abondante culture de bacilles de la diphtérie.

A 9 heures 3/4, le tirage s'accentuant de plus en plus, on pratique le tubage, avec un tube long d'O'DWYER; la respiration se régularise immédiatement. Lavage de la bouche à la liqueur de LABARRAQUE à 50 °/₀₀. Le tube est laissé à demeure et la nuit se passe sans incidents.

13 Octobre. — L'enfant est détubée à 11 h. du matin. Elle rejette alors, à ce moment, une fausse membrane, de petites dimensions. Pulvérisations. Sirop de codéine: 1/2 cuillerée à café. — Le soir, vers 9 heures, le tirage réapparaît et la *réintubation devient nécessaire*. Le reste du traitement antiseptique a été continué. L'état général allant plutôt en s'amendant, il n'est pas fait de nouvelles injections de sérum. Toutefois comme la bronchite est un peu plus accentuée que la veille, on prescrit des bains chauds et la révulsion iodée. T = 39° le matin, 33°6 le soir.

La nuit se passe sans incidents. L'enfant tète son biberon et déglutit avec facilité.

14 Octobre. — Détubée définitivement à 9 heures 1/2 du matin. — Le soir, le tirage n'a pas reparu. On a continué les bains, et les soins antiseptiques de la bouche, ainsi que les pulvérisations. Codéine, une 1/2 cuillerée à café matin et soir. Potion à la terpine.

15 Octobre. — La bronchite diminue; la respiration s'effectue assez facilement; l'amélioration est très manifeste. Continuation du traitement sauf la codéine.

Le 18 Octobre. — L'enfant sort absolument guérie.

En elle-même cette courte observation ne présente pas grand intérêt; mais si on veut bien considérer l'*âge* de l'enfant et son état général antérieur, on conviendra sans doute qu'une diphtérie, se manifestant dans de telles conditions, impliquait un pronostic très-sombre. Je n'ai encore jamais vu des croups guérir *chez des enfants de cet âge*, malgré l'énergie du traitement appliqué. Il est vrai d'ajouter que le sérum antidiphtérique a été injecté presque dès le début du mal, et je crois que c'est à lui, surtout à son emploi rapide, que nous devons d'avoir pu conserver la vie à notre petite malade; autrefois, je m'en souviens, avant l'emploi de la méthode sérothérapique, nous aurions vu un bébé de cet âge atteint de croup nettement diphtérique, nous aurions affirmé la mort certaine ou presque certaine; le cas que je viens de relater est une démonstration péremptoire que, même dans les premiers mois de l'enfance, on doit encore espérer, à la condition essentielle, bien entendu, de faire très-rapidement l'injection, car ces petits bébés sont très peu résistants, et font facilement de l'infection broncho-pulmonaire, contre laquelle, alors, le sérum est impuissant.

Contribution à la pathogénie de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique,

Par MM. **Combemale** et **Sonneville**, externe des hôpitaux.

Edmond B..., âgé de 41 ans, entré dans le service de M. le professeur Combemale le 29 août 1898, tousse depuis dix-huit mois et présente tous les signes de la tuberculose pulmonaire confirmée à la première période. Amaigrissement, fièvre vespérale par accès, sueurs nocturnes, respiration rude avec craquements secs au sommet gauche.

Le diagnostic reçoit un complément de certitude par ce fait que, quinze jours environ après son entrée, et subitement, le malade est pris d'une hémoptysie constituée par une expectoration sanglante fréquente bien que peu abondante ; une fois l'hémoptysie apaisée, le malade est réausculté et l'on constate une aggravation sérieuse des symptômes pulmonaires au sommet gauche : la submatité est très nette, des râles humides, et la respiration presque soufflante, montrent qu'avec cet accident le malade est entré dans la seconde période de la phtisie pulmonaire. Depuis cet incident l'état du malade reste stationnaire.

Cette observation ainsi présentée est vulgaire, et d'intérêt plutôt médiocre. Mais le sujet est aussi porteur d'un trouble trophique, fréquent à vrai dire, quoique médiocrement marqué d'ordinaire, chez les tuberculeux avancés, qui fournira ici matière à discussion pour en établir la pathogénie ordinaire ; il s'agit de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante.

Chez ce malade, en effet, et cela dès son entrée, on pouvait remarquer une déformation des doigts extrêmement marquée : les dernières phalanges des doigts des deux mains étaient très hypertrophiées, surtout en largeur ; les ongles amincis, longitudinalement striés et recourbés sur la face palmaire, coiffaient en quelque sorte les phalangettes renflées ; les doigts avaient ainsi véritablement la forme typique dite « en baguette de tambour ». Quant aux membres inférieurs, ils étaient indemnes de cette ostéopathie ; et il n'existait ni scoliose, ni trouble fonctionnel d'aucun genre.

Il parut étrange dès l'abord qu'avec les lésions limitées et peu avancées que présentait ce sujet dans son poumon gauche, l'ostéopathie fût si marquée. Depuis le travail de Grasset (1), en effet, on considère volontiers l'ongle hippocratique, si fréquent chez les tuberculeux, « comme le degré atténué d'un processus dont le summum serait représenté par l'ongle, largement étalé et anormalement incurvé de l'ostéoarthropathie hypertrophiante » ; et généralement, quand l'ongle hippocratique est marqué au point d'être qualifié ostéoarthropathie, il s'agit d'un vieux tousseur, tuberculeux ou bronchectasique. Or, tel n'était pas le cas. De plus, la pathogénie admise par tous les auteurs après Marie, veut que ce soit aux toxines ou sécrétions microbiennes émanant des germes qui entretiennent l'affection des voies respiratoires, que soit imputable la lésion trophique que nous étudions ; en d'autres termes, pour faire une ostéoarthropathie hypertrophiante, il faut une affection chronique s'accompagnant de sécrétions stagnant dans les voies respiratoires, résorbées graduellement et influençant par un réflexe inconnu telle ou telle extrémité. Or, la tuberculose de notre malade était fermée, ou ouverte depuis peu seulement ; il n'était pas question de sécrétions microbiennes stagnantes.

Le fait parut étrange, jusqu'au jour où, pour compléter l'observation, l'examen en portant sur les poignets, signalés comme atteints parfois de l'ostéopathie, révéla la véritable cause pathogénique de l'affection.

Il y a deux ans en effet, six mois environ avant le début présumé de sa tuberculose, le malade s'était, dans une chute, fracturé les deux poignets ; le traitement avait consisté à les immobiliser chacun dans un appareil plâtré, pendant quatre semaines ; mais les plâtres retirés, le malade avait de lui-même fait la remarque que, tandis que les poignets et les mains n'avaient pas subi de modifications notables, les dernières phalanges des doigts avaient augmenté de volume ; cet accroissement avait continué quelques semaines encore, et la déformation, arrivée rapidement à son plus haut point, est restée depuis stationnaire, telle que nous la constatons encore.

Ce renseignement était précieux dans l'espèce : d'abord il permettait d'éloigner pour ce cas la pathogénie officiellement adoptée, qui cadrait si mal du reste avec les conditions de temps et d'évolution de l'affection ; ensuite, il établissait que ce cas compte parmi les exceptions opposées à cette pathogénie, dont les cardiopathies avec cyanose forment la plus grande part. Et à ce propos, il ne sera pas inutile de rappeler que MM. le professeur Combemale et Descheemaeker ont (*Bulletin médical du Nord*, 1896, p. 691) rapporté une observation d'ostéoarthropathie hypertrophiante survenue au cours d'une myocardite qui avait donné lieu à de nombreux accès d'asystolie pulmonaire.

Dans le cas actuel, l'intermédiaire des asystolies pulmonaires n'existe pas, la notion d'une cardiopathie n'entre pas non plus en ligne de compte. Il

(1) *Revue de médecine*, janvier 1891.

semble, pour tout dire, que ce soit un trouble circulatoire local prolongé, par compression des vaisseaux du poignet, ou un trouble apporté dans le fonctionnement des nerfs trophiques des phalangettes toujours par la compression ou l'immobilisation de la région, qui soit responsable de cette hypertrophie.

Ce que l'on sait de l'anatomie pathologique de la lésion depuis la thèse de LEFEBVRE (Paris 1891) ne peut d'autre part servir à élucider la question de la pathogénie dans le cas actuel : véritables exostoses d'origine périostée comme celles de la syphilis, les régions hypertrophiées de l'os ont pour caractéristique chimique d'être de l'os dans lequel la chaux est remplacée en partie par de la magnésie. Les conditions de cette substitution, que l'on rencontre aussi dans le rachitisme, nous sont inconnues dans leur généralité ; a fortiori le sont-elles dans une lésion si localisée.

En résumé, pour expliquer le cas que nous rapportons par un mécanisme bien évident, aucun élément certain ne peut donc être apporté, autre qu'un trouble probable dans la circulation locale durant plusieurs semaines. Par contre, cette observation permet de nier formellement que la pathogénie pneumique doive être toujours invoquée. Et c'est ce qui en fait le grand intérêt, à notre avis.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le troisième **Congrès international de gynécologie et d'obstétrique** se tiendra à Amsterdam du 8 au 12 août 1899. Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour : 1° *Traitement chirurgical des fibromyomes;* 2° *Role respectif de l'antisepsie et du perfectionnement de la technique dans les résultats de la gynécologie opératoire moderne;* 3° *Influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin;* 4° *Etude comparée des indications de l'opération césarienne, de la symphyséotomie, de la crâniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel.*

— Le septième **Congrès annuel international de médecine vétérinaire** se tiendra à Baden-Baden, au mois d'août 1899.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 24 novembre 1898, les aspirants au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (*vulgò* P. C. N.) pourvus d'un certificat d'études supérieures délivré par une Faculté des sciences sont dispensés de la partie de la scolarité et la partie de l'examen relatives aux matières correspondant à leur certificat.

UNIVERSITÉ DE LILLE

— A Paris, sur 4495 étudiants en médecine inscrits (dont 3261 du doctorat ancien-régime, 877 du nouveau régime, 146 pour l'officiat, 94 sages-femmes et 177 dentistes), on compte 351 étrangers, dont 15 Allemands, 15 Grecs, 16 Suisses, 60 Roumains, 67 Ottomans, 149 Russes, dont 83 femmes, soit au total 8 étrangers sur 100 étudiants.

A Lille sur 465 étudiants inscrits, 16 sont étrangers dont 5 Bulgares, 2 Portugais, 1 Russe, 2 Arméniens, 1 Belge, 1 Alsacien-Lorrain, 2 Turcs, 1 Persan, 1 Suédois, soit 3,5 étrangers environ pour 100 étudiants.

Concours pour l'internat et l'externat

Mardi 6 courant, à midi, le **concours pour l'internat** était terminé et les sept élus proclamés. Les concurrents étaient nombreux, mais onze seulement ont lu leur composition écrite sur : *Rectum, hémorrhoïdes.* Etaient restées dans l'urne : *Péricarde, causes, signes et diagnostic des péricardites aigues ; utérus, signes et diagnostic des corps fibreux de l'utérus ; muscles du larynx, signes, diagnostic et traitement du croup diphtérique ; nerf sciatique, névralgie sciatique.*

A l'oral, la question sortie était : *Muscles du pharynx ; diagnostic différentiel des fièvres éruptives (rougeole, scarlatine, variole)* ; l'urne contenait : *grosses bronches, emphysème pulmonaire ; artère pulmonaire, valeur séméiologique des hémoptysies.*

A la suite de ce concours, excellent pour les premiers, ont été nommés : MM. DRUCBERT, BRETON, BERTIN, DORION, LECLERCQ, ACHERAY, COLLE.

— Vendredi, à huit heures du soir, les résultats du **concours pour l'externat** étaient annoncés. Le sujet de la composition écrite était : *muscles gastrocnémiens (jumeaux et soléaire) ; massage dans l'entorse du pied.* Les autres sujets déposés dans l'urne par le jury étaient : *os coxal, injection de sérum artificiel ; ethmoïde, tamponnement des fosses nasales ; cavité orbitaire (ostéologie), stérilisation des instruments ; omoplate, des injections hypodermiques.*

A l'oral les candidats ont eu à traiter les uns : *Extrémité supérieure du fémur, application de ventouses ;* les autres : *première côte, préparation d'un champ opératoire ;* est restée dans l'urne : *omoplate, comment allume-t-on et entretient-on allumé un thermocautère ?*

A la suite de ce concours, supérieur comme ensemble aux précédents, ont été nommés par ordre de mérite : MM. VERHAEGHE, GONTIER DE LA ROCHE, CAMUS, VERLAINE, BRASSART, DUBOIS, HEMERY, DE CHABERT, DAVRINCHE, DEMOULIN, MAITREDHÔTEL, CASTELAIN, CHEVALIER, LOUBRY, DECKMYN, CRESPIN, CHARLES, MONIER, WARIN, PAUL, NIEPPE, DELATTRE.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. L. MABILLE, d'Hulluch (Pas-de-Calais), externe des hôpitaux, moniteur de physiologie à la Faculté, a soutenu, le samedi 10 décembre, sa thèse de doctorat (5me série, n° 104), intitulée : **De l'efficacité de l'arsenic contre les accidents de la médication thyroïdienne.**

— Une épidémie de fièvre typhoïde sévit à Boulogne-

sur-Mer sur la garnison, détachement du 8e de ligne ; trois sous-officiers sont morts.

— *Roubaix*. — Le Conseil municipal de Roubaix, dans une récente séance, a voté un emprunt de 3.300.000 fr. destiné à la construction d'un deuxième hôpital, l'hôpital actuel ayant été reconnu tout à fait insuffisant.

UNIVERSITÉ DE PARIS

M. le docteur Boix est nommé chef du laboratoire d'anatomie pathologique, à l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. Pilliet, décédé.

— M. Ménetrier, agrégé, est chargé d'un cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, durant le congé de M. le professeur Laboulbène.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés **chevaliers de la Légion d'honneur** : M. le docteur Bastide, de Tunis ; M. Gombault, médecin de l'hospice d'Ivry ; M. Vandrand, de Villers-Cotteret (Aisne).

— Une **mention honorable**, pour acte de courage et de dévouement, a été décernée à M. le docteur Lamiot (de Boulogne-sur-Mer).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Roux, de Bordeaux (Gironde) : Cazenave de la Roche, de Menton (Alpes-Maritimes) ; Grosourdy, de Fontevrault (Maine-et-Loire).

BIBLIOGRAPHIE

La Radiographie et la Radioscopie cliniques, par le Dr Régnier, chef du Laboratoire de radiographie à l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-16 carré de 100 pages, avec 11 figures, cartonné. (*Actualités Médicales*). Chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

On ne peut plus contester l'importance des services rendus par la radiographie à la médecine et à la chirurgie. Il faut que cette méthode nouvelle entre dans la pratique courante, comme y sont entrées ses aînées : l'auscultation, la percussion, et plus récemment l'analyse bactériologique. Ce livre, clairement écrit, sera un guide précieux pour le médecin désireux de se tenir au courant des *Actualités médicales*.

Son but est de montrer que la radiographie est à la portée de tous les praticiens, qu'elle ne nécessite pas un matériel compliqué, ni des connaissances spéciales.

L'auteur décrit successivement le mode de production des rayons X, le matériel nécessaire, la technique de la radioscopie et de la radiographie. Puis, il indique les applications médicales et chirurgicales de cette méthode nouvelle de diagnostic, en indiquant, à propos de chaque région, le modus faciendi et les causes d'insuccès.

Dans les applications chirurgicales il passe en revue les corps étrangers, les fractures, les luxations, les affections inflammatoires des os.

Dans les applications médicales, il étudie les maladies du poumon, du cœur, les arthropathies, les calculs.

Il termine par la radiographie appliquée à l'ophtalmologie et à l'obstétrique et par l'endodiascopie, nouvelle application des rayons X.

De nombreuses figures rendent encore plus attrayante la lecture de ce livre clair et précis qui continue dignement la série des *Actualités médicales* dont les précédents volumes sur *Les états neurasthéniques*, *La grippe*, *La diphtérie*, *Les myélites syphilitiques* et *La psychologie de l'Instinct sexuel* ont obtenu tant de succès.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

48e semaine du 27 Novembre au 3 Décembre 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	3
3 mois à un an	3	6
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	1	4
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	2	»
20 à 40 ans	4	7
40 à 60 ans	8	6
60 à 80 ans	10	13
80 ans et au-dessus	1	3
Total	41	46

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	6	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	8	16	10
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	5	10	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	2	»	»	»	»	»	1	»	»	5	12	32
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	9	16
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	4	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	8	3
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	3
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	2	»	»	»	1	2	»	4	»	1	1	»	»	»	»	»	4	15	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	10
Total	»	»	»	2	»	1	»	8	16	4	11	»	2	6	1	»	1	»	»	35	87	128

N° 101. Deuxième Année, N° 51. Le Numéro : **10** centimes. 18 Décembre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à **M. le docteur** COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*
Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Bulletin de la Semaine. — TRAVAUX ORIGINAUX : Difficultés de diagnostic de certains kystes de l'ovaire, par le docteur **H. Folet.** — Sur un cas de synovite à grains riziformes de la bourse trochantérienne sous-aponévrotique, par le docteur **Potel.** — Taches pigmentaires cutanées à forme de masque de grossesse dans le cours d'un traitement par la liqueur de Fowler, par **M. E. Carpentier**, externe. — Anévrysme diffus de la jambe par **M. Moty**, médecin principal de 2me classe. — Variétés. — Nouvelles et informations. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'**Académie des sciences**, M. CHAUVEAU expose le résultat des recherches sur l'élasticité acquise par un muscle en contraction statique pour le soutien d'un poids.

*** M. PHISALIX a vu que tous les champignons renferment un vaccin contre le venin de vipère. Si on extrait par pression ou par macération dans l'eau le suc de l'agaric de couche et qu'on l'inocule à un cobaye, cet animal est rendu absolument réfractaire au venin de vipère. Malheureusement, l'inoculation amène des accidents toxiques locaux et généraux. Un lapin ne résiste pas à l'injection de vingt-cinq centimètres cubes de ce suc ; il est foudroyé par coagulation intra-vasculaire. Pour se débarrasser des infections microbiennes, on fait bouillir, après avoir filtré ; malgré tout, les accidents généraux persistent, bien qu'atténués.

A la **Société de chirurgie**, M. FOLET communique un cas de tétanos traité par des injections intra-cérébrales de sérum antitétanique. Le malade mourut dans la nuit.

*** D'après M. PICQUÉ, les abcès cérébelleux seraient moins rares qu'on ne pense. PAUL KOCH a pu en réunir 122 cas extra ou intra-duraux.

Les symptômes consistent surtout en signes d'irritation et de compression encéphalique ; vomissements, vertige, lenteur du pouls, paralysie du membre supérieur, exagération du réflexe rotulien du côté de la lésion, déviation conjuguée des yeux du côté opposé.

Au point de vue du traitement il y a deux méthodes, celle de WHEELER, par la voie mastoïdienne partielle ; cette voie étroite ne peut guère arriver que sur les abcès cérébelleux situés à la partie antéro-interne. Pour les autres, il vaut mieux avoir recours au procédé sous-mastoïdien de NAQUEZ.

*** M. LEJARS appelle l'attention sur certaines formes aiguës de la péritonite tuberculeuse qui s'annoncent bruyamment et simulent complètement l'iléus. L'intervention donne d'ailleurs d'excellents résultats et peut amener la guérison, par un mécanisme d'ailleurs encore inexpliqué.

A la **Société de biologie,** MM. DÉJERINE et LONG étudient les connexions de la couche optique avec la corticalité cérébrale L'étude des dégénérescences secondaires consécutives aux lésions corticales d'ordre pathologique ou expérimental, montre que la couche optique est en relation, par l'intermédiaire de la couronne rayonnante, avec la totalité de l'écorce de l'hémisphère.

Les auteurs ont étudié, par la méthode des coupes microscopiques sériées, deux cas de porencéphalie bilatérale très étendue, dans lesquels il n'existait pas une seule fibre de projection corticale dans le segment postérieur de la capsule interne. On voit très nettement des fibres qui, prenant leur origine dans la partie supérieure et moyenne de la couche optique, remontent entre ce ganglion et le noyau lenticulaire et passent par le segment postérieur de la capsule interne. Le pied du pédoncule et la pyramide bulbaire sont constitués uniquement par des neurones de projection corticaux ; le corps strié ne leur envoie aucune fibre.

*** MM. MONGOUR et BUARD ont obtenu un sérodiagnostic positif dans quatre pleurésies tuberculeuses et chez neuf phtisiques. Chez vingt autres malades divers, ils ont découvert, par cette méthode, des tuberculoses latentes.

*** M. GRIMBERT fait une communication sur l'action du bacterium coli et du bacille d'EBERTH sur les nitrates. L'azote dégagé ne provient pas exclusivement des nitrates. L'action dénitrifiante de ces bacilles paraît être corrélative de la présence de matériaux amidés dans la culture. Elle semble résulter de l'action secondaire qu'exerce l'acide nitreux, formé par les bactéries, sur ces mêmes substances amidées. Il en résulte que la présence des nitrites n'entrave pas les fonctions de ces microbes.

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. CHAUFFARD présente une femme de 46 ans, à laquelle fut appliqué, il y a huit ans, un cautère au bras gauche. Ce cautère est resté en activité cinq ans. La cicatrisation n'était pas achevée, quand apparut à ce niveau un œdème qui gagna tout le membre. Un an plus tard, même phénomène. Actuellement, nouvel œdème depuis le 20 janvier : il se termine brusquement par un bord taillé à pic au niveau du sillon correspondant à la constriction exercée anciennement sur le bras. L'examen des urines dénote une quantité appréciable d'albumine. En résumé, œdème segmentaire gélatiniforme, récidivant trois fois in situ, interrompu par une bande circulaire d'ancienne constriction et survenant chez une albuminurique à lésion rénale latente. C'est peut-être un myxœdème segmentaire. M. POTAIN voit une parenté très étroite de ce genre d'œdème local se transformer subitement, sous ses yeux, en lipome vrai à la suite d'une exposition au froid chez un sujet porteur de lipomes multiples.

*** M. RENDU communique une observation qui montre la rapidité avec laquelle s'infecte l'organisme. Quarante-huit heures après des cathétérismes malpropres, un malade arriva à l'hôpital, paraissant atteint de dothiénentérie ou de méningite. L'hyperthermie fut extrême pendant cinq jours. Survinrent ensuite des abcès multiples et indolents, trente-huit en moins d'un mois ; puis, endocardite, néphrite hémorragique, le tout dû au staphylocoque. Le rein exagéra ses fonctions éliminatrices et une polyurie véritable débarrassa l'organisme de ses toxines au bout de deux mois.

*** M. NETTER rapporte trois nouveaux cas de scorbut infantile survenus chez des enfants nourris par le lait stérilisé ou maternisé.

*** MM. CHANTEMESSE et MILLET étudient un cas de méningite cérébro-spinale. Dans le pus, ces auteurs ont trouvé un microbe qu'ils s'attachent à différencier du pneumocoque de TALAMON et du méningocoque intra-cellulaire de WEICHSELBAUM. C'est un diplocoque lancéolé, encapsulé, prenant le GRAM. Il est peu pathogène pour les animaux.

MM. BEZANÇON et GRIFFON ont étudié à leur tour le microbe de cette méningite : ils concluent aussi qu'il diffère beaucoup du pneumocoque.

A la **Société anatomique**, M. CESTAN montre des photographies qui prouvent que le pied-bot de la maladie de FRIEDREICH peut se rencontrer dans l'hémiplégie et les myélites spasmodiques.

*** MM. ZUBER et LEREBOULLET rapportent l'histoire d'une malade entrée à Necker pour des accidents de coliques hépatiques avec cholécystite suppurée et péritonite. La vésicule était perforée. L'évolution des accidents rappelait l'appendicite plastique. L'examen bactériologique a donné des résultats analogues à ceux qu'on a dans l'appendicite : espèces anaérobies, absence du coli, non-virulence du streptocoque.

A la **Société de Dermatologie**, M. JACQUET signale un fait d'urticaire vermineuse, se produisant tous les quinze jours, chez un homme de trente ans. Un matin, le malade vomit trois lombrics ; il en évacua six autres plus tard. Depuis lors, plus de démangeaisons, ni d'urticaire.

*** Le même auteur dit que l'emploi convenable d'une brosse suffit à la cure comme à la prophylaxie de la pelade. Il se contente de piquer, par pressions répétées sur une brosse à crins aigus, l'aire alopécique et sa bordure et de renouveler cette manœuvre matin et soir. En même temps, frictions rudes, à la brosse sèche,

sur toute la tête et toute la barbe. Il ne s'agit, en somme, que d'amener une hypérémie passagère de la peau et de réveiller ainsi des poils tombés en léthargie. C'est même un procédé pour faire croître des poils sur les parties du visage demeurées naturellement glabres, pour activer la formation de la barbe et de la moustache.

⁂ M. FOURNIER a traité par le calomel et l'iodure une femme atteinte de macroglossie et d'ulcération de la langue. Il y avait cliniquement autant de raisons pour songer à la syphilis qu'au cancer. M. GASTOU, qui a fait une biopsie, conclut à une glossite syphilo-épithéliomateuse. M. DARIER ne voit pas, dans la coupe, de quoi affirmer la syphilis. La malade a été améliorée, mais l'épithélioma peut bénéficier des injections de calomel. Le diagnostic reste à trancher.

⁂ M. GASTOU présente une colonne cervicale dont les corps sont profondément érodés. Cette pièce vient d'une femme qui a perdu le nez, le voile du palais et le palais et dont le pharynx s'est pris ensuite ; il a été détruit dans toutes ses parois. La lésion a mis trois ans à évoluer. Le mercure n'a donné aucun résultat. M. GALEZOWSKI, à ce sujet, prétend qu'on ne doit jamais donner l'iodure avec le mercure, car l'iodure agit comme éliminateur et on perdrait ainsi le bénéfice du traitement.

⁂ M. BALZER a essayé les injections intraparenchymateuses d'huile créosotée à 20 °/₀ contre les chéloïdes. Chez une jeune fille de seize ans, il y a eu une fort grande amélioration et il espère un résultat encore plus complet.

⁂ Le même auteur présente une enfant de sept ans, atteinte, depuis dix-huit mois, d'urticaire pigmentée. La maladie s'est développée lentement et s'est étendue peu à peu au tronc et au ventre, respectant les membres et la face. Les éléments morbides sont des macules et des plaques saillantes. Tous sont sujets à des poussées fréquentes, surtout après des émotions ; ils deviennent tuméfiés, violacés et très prurigineux ; la figure est le siège d'un gonflement érythémateux ; enfin, en même temps, se montrent des éléments très nets d'urticaire commune ; le tout disparaît en un quart d'heure.

⁂ M. MOREL-LAVALLÉE relate deux observations prouvant d'une façon formelle le retour à la perméabilité des canaux déférents chez des sujets ayant présenté une orchite double.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique Chirurgicale de St-Sauveur

Difficultés de diagnostic de certains kystes de l'ovaire

Par le Professeur H. Folet

Les kystes de l'ovaire sont d'ordinaire d'un diagnostic assez facile lorsque, grossissant et s'élevant lentement dans le ventre, ils apparaissent dans un des côtés de l'abdomen sous forme de tumeur sphérique, souvent mobile et plus ou moins molle. Mais ils peuvent, dans certains cas exceptionnels, affecter une physionomie symptomatique tout à fait anormale, et décevante au point de faire croire à une lésion d'un organe voisin. J'ai déjà, dans le numéro de l'*Echo médical* du 27 juin 1897, mentionné le fait de deux kystes ovariens qui, bridés et accolés à l'utérus par des exsudats plastiques durs, d'origine appendiculaire, donnaient à l'examen bi-manuel la sensation d'une masse fibromateuse utérine. Voici deux faits d'une allure toute différente : Dans le premier un kyste suppuré, ouvert dans la vessie, en a imposé jusqu'à la laparotomie pour un néoplasme vésical.

OBSERVATION I. — (D'après les notes consignées par M. le docteur LAMBRET, chef de clinique, au cahier de gynécologie du service).

Kyste ovarien suppuré ouvert dans la vessie. Laparotomie ; marsupialisation de la poche kystique. — Hématémèse trois semaines après l'opération.

B...., Maria, de Saint-Hilaire, près Cambrai, 30 ans. Entrée le 8 juin, salle Saint-Augustin, n° 6. Antécédents héréditaires et personnels excellents. A commencé à éprouver des troubles de la miction il y a un peu plus de deux années. Elle éprouvait et éprouve encore de fréquents besoins. Elle se lève huit ou dix fois par nuit et naturellement n'émet que quelques gouttes. Sans être douloureuses, les mictions sont désagréables : quelques picotements qui d'ailleurs durent peu.

La malade dit sentir de temps à autre « quelque chose qui se gonfle au fond de son canal de l'urèthre, » ce qui la gêne plus que d'habitude. Puis, après ces poussées, elle est soulagée durant plusieurs jours.

Les urines ont été troubles dès le début ; puis elles sont redevenues plus claires ; aujourd'hui elles sont tout à fait boueuses, purulentes.

C'est, on le voit, exclusivement sur ses organes urinaires que la malade appelle l'attention. Son état général est d'ailleurs très bon. Malgré sa maladie elle n'a pas maigri. Elle est assez grasse, sa figure est fraîche et rose. Appétit excellent.

Le 10 juin, sous le chloroforme, on pratique la dilatation progressive du canal de l'urèthre avec les bougies d'Hégar. On arrive facilement à passer les plus forts numéros. Puis M. Lambret, dont l'index est long et mince, et ensuite M. Folet pratiquent le toucher vésical explorateur. Tous deux sentent une masse granuleuse en forme de champignon assez mou, qui occupe la paroi postérieure de la vessie et dont on dépasse la limite supérieure, en enfonçant très fortement le doigt. La vessie est peu contractile. Quoique vide, elle ne revient pas sur elle-même et c'est à peine si, lorsqu'on retire le doigt, il s'écoule un petit jet d'urine trouble et sanguinolente.

Le diagnostic porté est : néoplasme de la vessie. La cystotomie sus-pubienne est résolue afin de voir et, s'il se peut, d'enlever en masse ou de curetter la tumeur.

11 juin. La dilatation uréthrale n'a pas occasionné d'incontinence d'urine. Elle a même supprimé les douleurs pendant la miction.

23 juin. Opération : la malade étant chloroformée, après toilette antiseptique vaginale et abdominale, une incision sus-pubienne est faite sur la ligne blanche. On a placé une sonde dans la vessie de façon à pouvoir la dilater au besoin, et dans le rectum un ballon qui pourra être insufflé. L'incision des parois faite, le péritoine est refoulé de bas en haut et la face antérieure de la vessie apparaît. Le diagnostic, qui paraissait très clair, devient alors assez obscur. On s'aperçoit, en effet, que cette masse qui semblait être intra-vésicale appartient à un autre organe placé derrière elle et à sa droite. Est-ce l'utérus? Un toucher vaginal soigneux pratiqué, un doigt dans le vagin et l'autre main placée dans le péritoine ouvert, fait reconnaître que non. La tumeur a son point de départ dans l'ovaire ; elle est extrêmement adhérente aux parois pelviennes. En la malaxant, on fait arriver dans la cavité vésicale du pus qui s'écoule avec de l'urine par la sonde. Ce ne peut être que l'ovaire kystique qui, pour une raison quelconque, s'est enflammé, (d'où les adhérences solides qui le fixent), et dont un des prolongements, contournant l'utérus et s'insinuant entre lui et la vessie, a donné naissance à cette sensation de tumeur fongueuse soulevant la paroi vésicale postérieure. Il faut de plus que ce diverticule du kyste suppuré se soit vidé, après adhérence et ulcération, en un point quelconque des voies urinaires, partie inférieure de l'uretère ou face postéro-latérale de la vessie.

Ces constatations faites, la plaie est garnie de compresses de gaze de façon à éviter l'introduction du pus dans le péritoine ; puis la poche kystique est ouverte, lavée, drainée avec beaucoup de soin par un gros drain entouré de gaze iodoformée qui bourre complètement la cavité suppurante. Quelques points de suture ferment la partie supérieure de la plaie. Une sonde de Peltzer est placée dans la vessie.

Un avenir très prochain nous apprendra quel est le point des voies urinaires lésé. Si c'est l'uretère, l'urine s'écoulera par le drainage et une fistule urétrale s'établira, que l'on pourra plus tard songer à guérir soit par l'abouchement de l'uretère à la partie supérieure de la vessie, soit à la grande rigueur par la néphrectomie.

Pendant les trois premiers jours l'état général est assez bon, le pouls un peu fréquent cependant ; mais la température reste satisfaisante. L'urine qui coule par la sonde à demeure est remarquablement claire, le pansement n'est pas souillé d'urine et le tamponnement, défait le 27 juin, montre la cavité suppurante bien nettoyée. Aucun écoulement d'urine ne s'y montre. C'était donc, heureusement pour la malade, dans la vessie que s'était vidé le kyste suppuré. Et l'on peut espérer que, la cavité de cette poche marsupialisée s'effaçant et se comblant peu à peu, la fistule vésicale s'oblitérera et que la guérison parfaite sera obtenue.

Les choses marchent en effet régulièrement dans cette direction. Au bout de quinze jours survient un accident inattendu : le 13 juillet, la malade, dont l'état général était très satisfaisant, sauf depuis trois jours durant lesquels elle a éprouvé une inappétence complète et du malaise vague, la malade vomit une quantité assez considérable de liquide vert, bilieux, dans lequel se trouvent plusieurs caillots volumineux. Ce vomissement bilieux et sanglant se renouvelle le lendemain. Boissons glacées en très petite quantité. Opium. Les vomissements s'arrêtent. La malade est mise ensuite à la diète lactée absolue.

L'hématémèse ne se reproduit pas et les digestions s'améliorent lentement, pendant que s'amende l'état général.

Pendant tout le mois d'août le foyer suppurant se rétracte peu à peu, restant toujours très profond, à tel point qu'il faut avoir soin de bourrer soigneusement de gaze le fond étroit de la poche pour éviter la formation d'une arrière-cavité. Je fais badigeonner à chaque pansement le fond du foyer avec un tamponnet de ouate imbibé de teinture d'iode.

Dans les premiers jours de septembre, l'état général est excellent ; la vessie a repris ses fonctions normales ; l'hématémèse n'a pas reparu et les digestions sont bonnes. La fistule abdominale est réduite à un trajet tubulaire de cinq à six centimètres de profondeur que je fais toujours bourrer de gaze avec soin, afin que la cicatrisation s'effectue bien du fond vers la superficie. La malade ayant voulu sortir le 8 septembre sur sa demande expresse, je recommande par lettre à son médecin de continuer ces pansements minutieux jusqu'à guérison parfaite.

La pathogénie des lésions ovariennes et vésicales décrites en cette observation est exceptionnelle, mais en somme assez simple et facile à concevoir. Moins explicable est le phénomène très inattendu de l'hématémèse post-opératoire.

Pour que cette hématémèse ait pu avoir lieu, il faut évidemment qu'une solution de continuité, une effraction se soit produite sur un point de la muqueuse gastro-intestinale. Comment en expliquer l'origine?

Cette origine est vraisemblablement infectieuse.

Chez un sujet qui fait de la pyogénèse, et chez qui le sang doit charrier des microbes venus du foyer suppurant, on comprend qu'un embolus microbien constitué par un agglomérat de quelques micro-organismes assez minuscule pour circuler dans les très petits vaisseaux, voire pour traverser les capillaires du poumon, passe du système veineux dans le cœur gauche. Lancé dans les artères, l'embolus, grossi soit par sa juxtaposition à un embolus semblable, soit par l'adjonction de leucocytes qui y ont adhéré, peut, par un mécanisme analogue à celui qui préside vraisemblablement à la généralisation des néoplasmes, s'arrêter et se fixer dans une fine artériole. Ici, par exemple, il a pu s'arrêter dans une artériole du chorion muqueux intestinal et y faire un infarctus déterminant la gangrène d'une très petite portion de muqueuse. Cette première lésion une fois produite, intervient, lors du détachement de la minime eschare, l'action destructive des sucs intestinaux, qui digèrent en quelque sorte les parties mises à vif ; d'où agrandissement de la solution de continuité en étendue et en profondeur. Que l'ulcération érode alors la paroi d'un vaisseau de quelque importance et une hémorrhagie assez considérable en résultera. C'est probablement ce qui s'est passé chez notre femme.

Où s'est faite l'ulcération ? Si on se rappelle que c'est dans le duodénum que l'on trouve les ulcérations accompagnant parfois les vastes brûlures et dont le mécanisme de formation doit être analogue ; que de plus le caillot sanguin vomi flottait dans un liquide muqueux d'un vert accentué et où il y avait certainement une forte proportion de bile, il est assez naturel de placer dans le duodénum, chez notre malade comme chez les grands brûlés, le siège de l'ulcération.

L'origine infectieuse de cette lésion a été affirmée par une autre complication, survenue vers les premiers jours d'août, à savoir un œdème douloureux de la face interne de la cuisse droite, petite phlegmatia limitée qui nous a fait un moment craindre un abcès, mais qui n'a pas abouti à la suppuration.

L'autre observation, plus simple et plus courte, offre néanmoins son petit intérêt :

Observation II. — *Kyste ovarien tordu. — Hématome péri-salpingien.*

Marie F..., entre en juin 1897 dans mon service, avec des symptômes d'endométrite et annexite droite douloureuse. Dans le cul-de-sac vaginal droit on sent une masse fort sensible à la pression, un peu mobile. Le palper bi-manuel est malaisé vu la contraction musculaire des parois abdominales que provoque la moindre pression très douloureuse du bas-ventre. Au bout de quinze jours de repos la douleur n'ayant pas diminué, au contraire, je l'endors pour enlever par incision du cul-de-sac, la masse salpingo-ovarienne. Le doigt une fois introduit dans le cul-de-sac incisé et l'abdomen étant, grâce au chloroforme, facilement dépressible, je constate qu'au-dessus de la tumeur annexielle existe, flottante et mobile dans le ventre, une tumeur liquide molle, du volume d'une grosse noix de coco. Jugeant que j'extirperai tout cela beaucoup plus commodément par le ventre que par le vagin, je laparotomise et j'extrais facilement un kyste constituant tout l'ovaire droit kystique, tordu sur un pédicule formé par la trompe entourée d'un hématome infiltré dans le tissu cellulaire sous-séreux péri-salpingien. Cet hématome c'était la tumeur latéro-utérine. Suites très simples. Guérison rapide.

Il ne faut donc pas, dans les cas quelque peu obscurs de lésion abdomino-pelvienne, rejeter d'emblée le diagnostic de kyste de l'ovaire sous prétexte que le kyste ovarien a une symptomatologie caractéristique qui ne permet pas de la méconnaître. Il faut au contraire songer aux formes anormales et trompeuses de cette maladie ordinairement claire.

Sur un cas de synovite à grains riziformes de la bourse trochantérienne sous-aponévrotique

par le Dr Potel, chef de Clinique chirurgicale

« La région du grand trochanter, dit Chassaignac (1), ainsi que toutes celles dans lesquelles la peau est soulevée par une saillie osseuse exposée à des frottements presque continuels, présente une bourse séreuse sous-cutanée.

» Mais ce qu'il y a de particulier à cette région, c'est que l'aponévrose du muscle fascia lata, glissant d'une manière presque incessante sur l'éminence trochantérienne, il existe entre cette aponévrose et les tissus fibreux qui enveloppent le trochanter une bourse de glissement dont les dimensions sont assez régulièrement délimitées.

» Les contusions sur le grand trochanter, quand elles ne vont pas jusqu'à produire la fracture du col du fémur ou celle de la partie supérieure de l'os, déterminent un épanchement sanguin, et plus tard,

(1) Chassaignac. — Recherches cliniques sur les bourses du glissement de la région trochantérienne et de la région iliaque postérieure. *Archives générales de médecine*, 1853, t. I, 385 et t. II.

dans certains cas, soit un kyste, soit une collection purulente, dont les conditions sont variables suivant que la collection réside dans la bourse sous-cutanée ou dans la bourse sous-aponévrotique.

» Il résulte de la superposition de ces deux cavités de glissement qu'il n'est pas toujours facile d'établir le diagnostic précis du siège même de la collection. Il y a cependant un certain intérêt à l'établir, ce diagnostic, car suivant le jugement qui sera porté, la conduite à tenir peut différer et doit différer beaucoup dans certains cas ».

Nous avons pu récemment observer un fait curieux de synovite chronique à grains riziformes de la bourse séreuse profonde. Le cas nous a paru intéressant à rapporter tant à cause de l'extrême rareté de la localisation de cette affection, que de la difficulté d'établir un diagnostic exact de cette forme morbide.

Voici d'abord notre observation :

M. X..., 64 ans, de complexion très robuste, se plaint d'une fistule rebelle, située au niveau de la région du grand trochanter du fémur droit.

Voici les renseignements commémoratifs qu'il donne sur son affection.

En 1855, pendant la guerre de Crimée, le malade fut pris entre des gros blocs provenant de l'explosion d'une mine. La compression, très violente, porta sur le diamètre bi-trochantérien. Transporté à l'ambulance, X... fut couché sur des planches, ce qui ne fit qu'accroître ses douleurs, et bientôt deux eschares se produisirent au niveau des deux régions trochantériennes, mais la lésion était beaucoup plus prononcée à droite.

A ce niveau, l'eschare était de la grandeur de la main. La guérison survint, très lente : le malade rentra en France. Depuis lors X... éprouva de temps en temps une certaine gène dans la marche, particulièrement du côté droit. Il y a dix ans, les troubles s'accentuèrent. X... sentit des douleurs dans la cuisse. Pendant plusieurs mois, la marche fut très difficile. Puis tout rentra dans un ordre relatif.

Il y a trois ans, le malade heurta violemment la région trochantérienne droite contre l'angle d'une table de marbre. Il ressentit une douleur assez vive, une ecchymose se produisit, puis de l'inflammation, et au bout de quinze jours une fistule s'établit. On mit des emplâtres de Vigo, quantité d'onguents. On injecta dans la fistule tous les antiseptiques et tous les caustiques connus. La fistule n'en persista pas moins.

C'est ce qui décide le malade à réclamer une intervention.

A notre examen, voici ce que nous pûmes constater : au niveau ne la région trochantérienne gauche existe une cicatrice molle, non adhérente, large comme une pièce de 5 francs.

A droite, au fond d'une dépression infundibuliforme, existe un orifice fistuleux, à bord surelevés rouges, bourgeonnants, en cul-de-poule.

La palpation profonde est difficile, en raison de l'épaisseur du pannicule adipeux de notre malade. La pression sur le trochanter, en avant et en arrière, est indolore. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont libres. Le malade marche en légère rotation externe ; la compression du sciatique, à sa sortie du bassin, n'est pas douloureuse.

La pression exercée sur la fistule, des parties profondes vers la peau, n'amène qu'un liquide citrin, transparent, nullement purulent. Au dire du malade la sécrétion a toujours été la même. Jamais on n'a vu sourdre de la fistule du pus bien lié.

La sonde cannelée, introduite dans la fistule, s'enfonce de 7 centimètres 1/2 (à cause de l'épaisseur du pannicule adipeux). On n'arrive point sur un foyer osseux. Nulle part on n'a la sensation d'os denudé. La sonde ramène quelques détritus de matière blanchâtre s'écrasant sous le doigt.

Nous proposons au malade une opération qui le débarrasse de sa fistule.

Opération le 5 octobre. Anesthésie chloroformique. Désinfection de la région (sublimé, alcool, éther). Incision elliptique circonscrivant la fistule de manière à enlever le trajet fistuleux dans son ensemble. A environ cinq centimètres de profondeur, après avoir franchi l'aponévrose du fascia lata, nous trouvons une sorte de cavité, dont les parois, extrêmement denses, ne mesurent pas moins de un centimètre d'épaisseur. Cette poche, dans laquelle débouche la fistule, est complètement bourrée de grains blancs, riziformes, de grosseur variant du grain de millet à celle d'un pois, prismatiques, tassés les uns contre les autres Un grand nombre de ces grains sont adhérents à la paroi du kyste. La matière qui forme ces grains est blanche, presque nacrée, s'écrasant sous le doigt. Peu ou pas de liquide. Les grains sont à ce point serrés les uns contre les autres, que les divers liquides que l'on injectait dans la fistule ne pouvaient pénétrer dans la poche.

Curage énergique à la curette de Volkmann, ablation aux ciseaux du reste de la poche. Le périoste est intact. Cautérisation de la cavité avec une solution de chlorure de zinc à 1/20. Drainage. Points de suture profonds et superficiels au crin de Florence. Le drain est enlevé le deuxième jour, les crins le 10me. Réunion complète par première intention. Le malade sort complètement guéri quinze jours après l'opération. Il ne souffre plus. La cicatrice est bonne. La gêne dans la marche insignifiante.

Comme nous l'avons dit au début de cette étude, nous voulons retenir de cette observation deux points principaux :

1° L'extrême rareté de cette localisation de la « bursite », à grains riziformes ;

2° La difficulté du diagnostic de cette forme morbide.

Cette tumeur est rare, disons-nous, tellement rare,

que notre observation constitue (à notre connaissance du moins) le seul cas connu de bursite à grains riziformes de la bourse séreuse sous-aponévrotique. Malgré nos recherches, nous n'avons point trouvé d'autre exemple de cette localisation (1).

Bazy a publié (*Bulletins de la Société clinique de Paris*, 1879-78) une observation de corps étrangers organiques de la bourse séreuse *sous-cutanée*, du grand trochanter, mais l'auteur ne peut affirmer quelle était la nature ni la texture exacte de ces tumeurs. « Les tumeurs avaient une coloration blanchâtre, étaient dures, criaient sous le scalpel quand on les a sectionnées .... Elles se rapprochaient des tumeurs formées en grande partie par du tissu fibreux. »

Il est difficile d'affirmer que ces tumeurs presque cartilagineuses étaient bien des grains riziformes.

Les autres formes de tuberculose (puisqu'il est généralement admis aujourd'hui que les grains riziformes sont d'origine tuberculeuse) sont plus communes, Karl Trainer (2), Frédéric (3), Game (4), Lejars (5), Petit (6), etc., en ont publié des exemples : synovite fongueuse, hygroma tuberculeux, hygroma myxomateux, etc. Mais l'hygroma hordéiforme reste l'exception.

Le second point sur lequel nous voulons insister davantage, c'est la difficulté du diagnostic.

Les phénomènes cliniques, rappelons-le, se résument en le schéma suivant : contusion de la région trochantérienne, inflammation, suppuration (avec ou sans fistule).

Or à ce niveau, quatre organes peuvent servir de substratum anatomique à l'inflammation : 1° La bourse séreuse sous-cutanée ; 2° La bourse séreuse sous-aponévrotique ; 3° Le périoste ; 4° L'os.

Quels sont les moyens de diagnostiquer la situation exacte du foyer inflammatoire ?

Chassaignac a tenté de donner quelques signes permettant de différencier les hygromas sous-cutanés des hygromas sous-aponévrotiques. Malheureusement ces signes sont souvent infidèles.

(1) L'étude de Béraud : Sur les corps étrangers de la bourse séreuse sous-trochantérienne s'applique à la bourse séreuse sous-deltoïdienne.

(2) Karl Trainer. — Ueber Erkrankungen der Bursa mucosa glutao trochanterica. Th. Greifswald, 1885.

(3) Frédéric. — Thèse Lille, 1888-89.

(4) Game. — Thèse Paris, 1846.

(5) Lejars. — La tuberculose des bourses séreuses, *Revue de la tuberculose*, 1893, 34-103.

(6) Petit. — De l'hygroma trochantérien, Th. Paris, 1891.

1° Lorsque l'hygroma est sous-aponévrotique, dit Chassaignac, on remarque à la partie externe et un peu postérieure de la région trochantérienne, une dépression abrupte, que nous qualifions de *coup de hache* et qui est obliquement dirigée de haut en bas, et d'arrière en avant.

Nous n'avons pas observé ce signe, et nous ne l'avons vu noté nulle part, et d'ailleurs Chassaignac ajoute plus loin : « Ce coup de hache n'existe que dans le cas d'épanchement récent ; si la collection est ancienne et vaste, on ne le rencontre plus ».

2° La tumeur elliptique, à laquelle donne lieu la distension de la bourse sous-aponévrotique, devient très saillante au moment de la flexion de la cuisse sur le bassin et s'aplatit au contraire fortement pendant l'extension.

Mais ce signe ne se rencontre que dans certaines conditions. Il faut, pour le percevoir, une collection bien liquide, pas très tendue, et un pannicule adipeux point très prononcé. C'est donc là encore un signe infidèle.

Si le diagnostic est déjà parfois difficile à établir entre les bourses séreuses sous-cutanées et les bourses sous-aponévrotiques, à plus forte raison est-il difficile de préciser si le périoste est malade, et si c'est lui qui a donné naissance à la collection purulente.

Pétrequin (1) renversait la proposition et cherchait à prouver que la bourse sous-cutanée était généralement l'origine de la carie du grand trochanter. Mais sa théorie, battue en brèche par Chassaignac, est aujourd'hui abandonnée.

Lejars est d'avis « qu'en présence d'un hygroma fongueux, ancien, fistuleux, *le chirurgien doit admettre en règle la lésion osseuse, et toujours la rechercher.* »

Certes, si une sonde introduite dans le trajet fistuleux arrive sur une portion osseuse dénudée, le diagnostic s'impose. Il est inutile d'insister sur ce point. Mais dans un grand nombre de cas (comme dans le nôtre), le stylet arrive sur des tissus fibreux, et il est bien délicat d'affirmer que le foyer purulent s'est formé aux dépens du périoste ou de la bourse sous-aponévrotique.

Un détail dans notre observation aurait pu nous mettre sur la voie du diagnostic, c'est que la sonde, introduite dans la fistule, ramenait des détritus blan-

(1) Pétrequin. — *Gazette médicale*, janvier 1837.

châtres, solides, nullement purulents, mais la synovite à grains riziformes est tellement rare au niveau de la région trochantérienne, que ce diagnostic eut paru au moins hasardé.

Clinique Médicale de la Charité

Service de M. le Professeur COMBEMALE

Taches pigmentaires cutanées à forme de masque de grossesse dans le cours d'un traitement par la liqueur de Fowler.

par M. **E. Carpentier**, externe des hôpitaux

Comme suite aux travaux de BROUARDEL, la Presse médicale s'est complue depuis quelques années à relater de nombreuses observations où des accidents cutanés ou nerveux ont été reconnus comme attribuables à l'arsenicisme.

Cette intoxication survient le plus souvent, on le sait, à la suite d'une médication intensive ou mal surveillée par la liqueur de FOWLER ; comme d'autre part cette préparation arsenicale est quotidiennement ordonnée, il y a intérêt à ne pas laisser passer inaperçu tout accident qui lui est imputable. Celui que nous allons relater, quoique ne s'éloignant guère du type classique, au point de vue des conditions causales surtout, emprunte cependant un intérêt particulier à ce que l'accident arsenical simulait un état quasi-physiologique.

Maria D...., âgée de 26 ans, couturière, entre dans le service de M. le professeur COMBEMALE, le 17 mars 1898 (salle Sainte-Clotilde, n° 4). Elle porte au cou des ganglions volumineux, développés en quelques mois ; elle en a aussi plusieurs sous les aisselles.

A droite, le cou est déformé par une grosse tumeur latérale du volume d'une moitié d'orange, située au devant du sterno-cléido-mastoïdien. Cette masse est formée par la conglomération de quatre ou cinq ganglions durs et très volumineux. Depuis un mois de nouveaux ganglions tout petits se développent dans le creux sus-claviculaire et derrière l'oreille. Ces ganglions sont durs, de consistance ligneuse, lisses, roulant sous le doigt. En les ponctionnant avec la seringue de PRAVAZ on ne retire aucun liquide, même sanguinolent.

Sur le côté gauche du cou, on constate aussi quatre ou cinq ganglions très petits, de la grosseur d'un pois, mobiles, s'étendant au-dessus du peaucier de la région, depuis le creux sus-claviculaire jusqu'à l'apophyse mastoïde.

Dans l'aisselle droite enfin on palpe une vaste masse ganglionnaire de la grosseur d'un œuf de poule. Cette masse est mamelonnée, dure et rénitente comme les autres tumeurs. L'aisselle gauche n'est pas atteinte.

Les autres systèmes ganglionnaires ne sont pas intéressés jusqu'à présent. Rien dans les aînes. Le foie et la rate sont normaux. Rien à noter du côté du ventre. Pas de troubles de la voix. Les divers appareils sont intacts.

L'examen du sang révèle un peu d'anémie, 3.800.000 globules rouges. Ces globules sont normaux comme forme. Pas de leucocytose, un globule blanc pour 350 globules rouges.

Il s'agissait, on le voit, d'un cas d'adénie aleucémique : l'arsenic sous forme de liqueur de FOWLER, en injections interstitielles dans les ganglions et par la voie gastrique, est recommandé dans ces cas, comme un moyen souvent efficace. Aussi dès son entrée, la malade est-elle soumise à ce traitement. Elle prend à chaque repas, trois à quatre gouttes de liqueur de FOWLER. Deux fois par semaine d'autre part une injection d'arséniate de soude lui est faite dans le parenchyme des ganglions, de dix gouttes de la même liqueur. Ce traitement suivi pendant 25 jours donne un peu d'amélioration dans l'état général ; il est suspendu au bout de ce laps de temps : le visage s'était graduellement coloré.

Au retour d'une absence de quelques jours (congés de Pâques), M. le professeur COMBEMALE est frappé de l'aspect de la malade, dont le visage s'est couvert d'un masque spécial. Sur le front, sur le nez, sur les joues, aux tempes, et entre la lèvre supérieure et le nez nous remarquons des taches pigmentaires, de couleur café au lait, isolées, d'étendue variable, tantôt punctiformes, tantôt en plaques irrégulières, de toutes grandeurs. Ces taches de chloasma revêtent à s'y méprendre l'aspect si particulier du masque de la grossesse. La malade, qui s'est aperçue de la chose, raconte que ces taches ont apparu soudainement ; elles restent persistantes depuis que le traitement est suspendu, cependant elles ont manifestement tendance à disparaître.

Pour écarter le diagnostic de grossesse qui, malgré ce que nous en savons, s'impose obstinément à l'esprit, nous interrogeons soigneusement la malade ; elle nous apprend, ce qui n'est point fait pour éclairer le diagnostic, que depuis trois mois elle n'a pas vu revenir ses règles ; le calme et la candeur de la malade font du reste s'assoupir les soupçons, quand le 23 avril, c'est-à-dire quatre jours après que la pigmentation avait été remarquée, la menstruation reparaissait.

La suspension du traitement arsenical dura une quinzaine de jours environ ; la liqueur de FOWLER fut ensuite reprise devant les symptômes de propagation ganglionnaire que présenta aussitôt la malade. Mais les taches qui avaient disparu au grand contentement de la malade ne tardèrent point à réapparaître occupant les mêmes régions, la faisant ressembler à une femme enceinte. Elles augmentaient chaque jour en intensité et ne cessèrent que le jour où, après avoir présenté des phénomènes d'inflammation et de suppuration, l'une des masses ganglionnaires s'affaissa et que les injections de liqueur de FOWLER furent suppri-

mées. Nous assistâmes à l'évanouissement graduel des taches qui se fit sans ordre ; la malade, fatiguée de son séjour à l'hôpital, nous quitta du reste en juin, débarrassée de cette pigmentation anormale, mais non guérie de son adénie.

Anévrysme diffus de la jambe

par **M. Moty**, Médecin principal de 2me classe, Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Le nommé C..., soldat au 27e d'artillerie, entre le 24 septembre à l'hôpital militaire de Lille pour un anévrysme diffus de la jambe gauche.

La lésion initiale remonte au 26 août 1898 : à cette époque le blessé fit une chute sur des débris de verre et une pointe triangulaire de vitre pénétra à la partie moyenne et à la face externe de sa jambe à une profondeur d'environ cinq centimètres.

Hémorrhagie artérielle immédiate et paralysie des extenseurs des orteils ; on applique un tourniquet et un pansement antiseptique sur place.

A son entrée à l'hôpital de Douai, quelques heures après, le médecin-major de première classe Jagot-Lacounière applique une bande d'Esmarch, fait une incision de 7 centimètres et lie la tibiale antérieure; pansement antiseptique, réunion par première intention.

10 jours après cette intervention le membre commence à présenter une saillie pulsatile à sa face externe et cette saillie augmente progressivement jusqu'au moment où le malade est évacué sur l'hôpital militaire de Lille, le 24 septembre. A cette époque mon collègue Barrois constate au point correspondant à la cicatrice de l'incision antéro-externe une tuméfaction pulsatile longitudinale à grand diamètre de huit à dix centimètres ; la peau est mince, tendue et menace de s'ulcérer; les orteils, surtout le premier, sont toujours dépourvus du mouvement d'extension et leur sensibilité est très obtuse ; la jambe et le pied sont fortement gonflés.

On applique un compresseur à vis de Jean-Louis Petit sur le triangle de Scarpa et on maintient le membre blessé sous une compression modérée et en position de légère élévation.

Sous cette influence les battements diminuent et s'arrêtent bientôt complètement.

Le 2 octobre je constate avec mon collègue Barrois que le gonflement reste stationnaire mais que les battements ont complètement disparu. La peau de la face externe reste tendue, mince et donne la sensation de fluctuation ; à la face interne du membre, un peu plus bas, se remarque une autre saillie molle de la peau montrant que le sang extravasé occupe non seulement la loge musculaire antérieure mais aussi la postérieure. L'étendue du foyer et les dangers de la suppuration d'une aussi vaste poche me paraissent indiquer l'évacuation immédiate des caillots avant que la compression n'ait amené dans le système musculaire de la jambe une atrophie trop prononcée.

Le 3 octobre, cocaïnisation sur le trajet d'une longue incision externe de 15 centimètres dont le milieu correspond au point le plus saillant de la tuméfaction ; ouverture immédiate du sac et extraction d'une grande quantité de caillots noirs mous.

A ce moment le sang veineux suinte de différents côtés et m'oblige à enlever une bande en caoutchouc appliquée au-dessus du genou. On absterge alors le foyer, on lie la tibiale antérieure qui paraît d'ailleurs complètement oblitérée puis, au moyen de pressions énergiques, on chasse une grande quantité de caillots remontant et descendant du haut en bas de l'espace interosseux ; on constate alors que la membrane interosseuse est largement ouverte et l'on amène encore une assez grande quantité de caillots de la loge musculaire postérieure.

Nettoyant à nouveau le foyer, on voit le bout supérieur de la péronière, qui a bien certainement été le point de départ de l'anévrysme, donner faiblement; on le saisit et on le lie ; la tibiale postérieure n'apparaît pas.

Le foyer paraît alors parfaitement étanche, mais en raison de son étendue un drainage complet nous paraît nécessaire; je fais donc à la face interne une petite contre-ouverture sur mon index comme conducteur et je place un drain moyen à travers les deux loges de la jambe, en passant par l'espace interosseux. Réunion profonde au catgut, suture superficielle aux crins. Pansement au bismuth et au sublimé sec. Pansement compressif. Légère élévation du membre. Conservation provisoire du compresseur crural.

Le 7, ablation du drain, que je remplace par un drain court interne.

Le 14, ablation des sutures superficielles; le drain interne a disparu dans le pansement: le compresseur a a été enlevé définitivement il y a quelques jours ; diachylon, bandage compressif.

Le 21, ablation de tout bandage, bandelettes de diachylon sur la plaie interne, qui n'est pas tout à fait cicatrisée ; électrisation et massage des extenseurs.

Le 3 décembre, cicatrisation complète, retour progressif des fonctions du pied ; les muscles de la jambe ont repris leur volume normal.

Je relèverai dans cette observation quelques points particulièrement intéressants, et d'abord celui-ci : L'intervention était-elle indiquée ? Oui, car les vastes poches sanguines aboutissent presque toujours à la suppuration, et je me rappelle avoir vu mourir ainsi autrefois d'anévrysme diffus du bras un blessé atteint de piqûre de l'artère interosseuse ; en outre, dans le cas présent, même en l'absence de suppuration, on était exposé à une atrophie musculaire grave et à la récidive de l'anévrysme. En second lieu, toutes les fois que l'on peut comprimer efficacement l'artère principale du membre, l'intervention n'offre pas de difficultés sérieuses ; on ouvre largement la poche, on la vide et en relâchant passagèrement la compression on voit facilement d'où vient le sang et on saisit les vaisseaux béants avec les pinces hémostatiques pour les lier ou les tordre ensuite, car dans les anévrysmes diffus les parois vasculaires qui sont saines se prêtent à tous les modes d'hémostase.

L'emploi de la bande d'Esmarch me paraît plus nuisible qu'utile, il y a peut-être quelque danger à trop comprimer la poche pour ischémier le membre et en se bornant à placer un lien circulaire élastique on est très gêné par le sang veineux, ce qui oblige à l'enlever.

Si la première intervention n'avait pas été faite sous la bande élastique il est probable qu'on aurait reconnu la lésion de la péronière et qu'il ne se serait pas formé d'anévrysme diffus.

Bref, les principes qui doivent guider l'opérateur sont,

à mon avis, les suivants : Ouvrir très largement la poche, la vider rapidement, chercher à faire donner les vaisseaux blessés et placer des pinces sur tous ceux que l'on voit donner ; cesser complètement la compression dès qu'on a saisi les vaisseaux principaux. Le principe de lier les deux bouts des vaisseaux ne s'applique qu'aux blessures récentes ou aux plaies latérales nécessitant une section entre deux ligatures, car toutes les fois qu'un vaisseau ne donne pas, malgré tous les efforts de l'opérateur, et qu'il est par conséquent impossible de le reconnaître dans les amas de tissu cellulaire produits par l'action disséquante des caillots, il y a bien peu de danger de le voir donner ensuite, quand le membre sera soumis à une compression régulière avec élévation modérée. Par conséquent, dans les anévrysmes diffus datant de plus de quinze jours, la ligature des bouts supérieurs sera presque toujours suffisante et seule possible, sauf en cas de plaie latérale.

VARIÉTÉS

Enrhumé, par Jean Richepin :

On se lève avec le nez
Et les yeux enchiffrenés.
On tousse. On crache. On se mouche.
On a, là, comme une mouche.
Là sur l'amygdale, au fond !
Et là-haut, dans le plafond !
On se remouche. On recrache.
La poitrine en feu s'arrache.
Ah ! le nez va !... Comptez-y !
Il se renfle, cramoisi.
Et la mouche y bat d'une aile
En chantant sa ritournelle.
On la souffle. Elle va choir,
Captive, dans le mouchoir.
Pas du tout ! C'est dans la gorge.
Elle y fait un bruit de forge.
On retousse. Et heum ! Crebleu !
Hardi ! L'on en devient bleu.
Hardi ! Heum ! Ferme ! On éclate.
D'azur on passe écarlate.
On tient la mouche. Un bon coup !
Elle va jaillir du cou.
Heum ! Breum ! Un dernier effort !
Toussons raide et crachons fort !
On râle. On se tord la bouche.
On sort la langue. Et la mouche
Avec des bzims claironnés,
Vous remonte en l'air au nez.
Goguenarde, elle y chantonne
Sa romance monotone.
Est-ce en *sol* ou bien en *la* ?
Vous qui savez, notez-la.
Pour moi, las, je me recouche,
Impuissant contre la mouche,
A qui mon nez flûte un *ut*
De mépris en clef de zut.

L'Hygiène à la caserne

Dans les sphères officielles on s'est montré très ému des critiques si modérées apportées à la tribune de l'Académie par M. le prof. Grancher, à propos de l'hygiène des chambrées. Que diront ces mêmes personnes du passage suivant de l'ordre du jour du général inspecteur de la Garde républicaine :

« Tout en reconnaissant que le cubage des chambres des célibataires est supérieure à la fixation réglementaire, qu'il est augmenté la nuit par l'absence des gardes mariés logés en ville, le général inspecteur a remarqué que l'aération nocturne laisse à désirer faute de vitres Castaing. Il a été péniblement affecté en visitant des logements de brigadiers ou de gardes, voire des logements de sous-officiers, sans eau ni évier, sans aucune des commodités que réclame l'hygiène la plus élémentaire, ne recevant l'air et la lumière que par une fenêtre à tabatière, ne se composant que d'une chambre séparée en plusieurs compartiments par des cloisons dues à l'initiative individuelle, où sont entassés père, mère, enfants de tout âge et de tout sexe. »

Un singulier record.

Quel est l'hôpital où il y a le plus grand nombre de médecins, d'internes et d'infirmières ? Telle est la question qui avait été posée la semaine dernière par une revue anglaise à ses lecteurs.

Un de ceux-ci vient de donner, dans le numéro suivant, la réponse très documentée et fort instructive que l'on va lire :

Le London Hospital, situé à Whitechapel road, dans le quartier populeux de l'East End, comporte un personnel médical plus nombreux que celui d'aucun autre établissement similaire en Europe.

Il y a d'abord 60 médecins attitrés, nommés chaque année, et qui résident à l'hôpital où ils sont logés, nourris, éclairés et chauffés gratuitement. Ensuite, on compte 50 médecins : professeurs, chefs de clinique, chefs de service, chirurgiens, prosecteurs, aides, etc. Sous leurs ordres sont placés près de 400 internes, répartis entre les diverses salles de manière à ce qu'il y en ait au moins 10 par salle en permanence de jour et de nuit.

Enfin, le nombre des infirmiers et infirmières dépasse 300. Tout cela, sans compter le personnel domestique.

L'année dernière le London Hospital a reçu et soigné 11,000 malades. Quant aux consultations elles ont atteint le total remarquable de 154,617.

Les plantes vénéneuses et nos enfants

Bien souvent des fleurs que l'on cultive un peu partout sont vénéneuses et peuvent empoisonner les enfants. On a signalé récemment, en Angleterre, un cas d'empoisonnement et de mort chez un enfant qui avait mangé un certain nombre de renoncules des prés. Presque toutes les variétés de la famille des renonculacées contiennent des substances toxiques. On devrait les exclure des jardins que fréquentent les enfants, de même que la belladone, l'aubour (variété de cytise) et l'if.

(*Lyon médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique en date du 8 décembre 1898, sont admis à concourir pour les **bourses de doctorat de 5me année**, les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves consistent : 1° en une composition de médecine ; 2° en une composition de chirurgie.

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le professeur Moniez est nommé professeur honoraire.

— Dans sa séance du 7 décembre 1898, le Conseil de l'Université a décidé que les **Congés du nouvel an**, dans les Facultés de Lille, auraient lieu du 1er au 8 janvier prochain.

— La **répartition des internes et externes dans les services de cliniques** n'est pas encore définitive. Néanmoins, en ce qui concerne les internes, la liste suivante est exacte. Seront affectés :

A) Dans l'**Hôpital Saint-Sauveur,** à la *Clinique médicale*: MM. Paquet et Dubois; à la *Clinique chirurgicale*: MM. Mouton et Lamote ; à la *Clinique des maladies de la peau* : M. Julien ; à la *Clinique de médecine infantile* : M. Jouvenel ; à la *Clinique de chirurgie infantile* : M. Verhaeghe; aux *Pavillons des filles publiques, St-Côme* : M. Hèze ; à la *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. Vandeputte ; aux *Pavillons de la diphtérie* : M. Chatelain.

B) Dans l'**Hôpital de la Charité**, à la *Clinique médicale* : M. Raviart ; à la *Clinique chirurgicale* : MM. Drucbert et Breton ; à la *Clinique obstétricale* : M. Leclercq ; aux *Pavillons Victor Olivier* : MM. Bertin et Dorion.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. E.-G. Coorewits, de Lille (Nord), externe des hôpitaux, a soutenu, le lundi 12 décembre, sa thèse de doctorat (5me série, n° 105), intitulée : **De l'emploi des mouchetures dans le traitement de l'anasarque.**

Agrégation des Facultés de Médecine

L'Assemblée de la Faculté de médecine a délibéré, dans sa dernière séance, sur les réformes à apporter au régime de l'agrégation des Facultés de médecine.

Après lecture d'un rapport très étudié, de M. Oui, au nom d'une commission composée de MM. de Lapersonne, Lambling, Combemale, Laguesse, Bédart et Carrière, la Faculté a émis les vœux suivants :

1° Que les fonctions de l'agrégé arrivé au terme de sa période d'exercice soient prolongées pour une nouvelle période de neuf années après avis favorable de la Faculté.

2° Que, conformément à l'esprit du décret du 28 décembre 1885, il soit créé, dans chaque Faculté de médecine, des emplois de professeurs-adjoints, en nombre égal au sixième des chaires magistrales.

Récompenses académiques

Dans la liste des récompenses accordées cette année par l'**Académie** de médecine, nous relevons les noms suivants qui intéressent notre région :

M. le docteur Catrin, médecin-major de 1re classe, à Valenciennes, obtient le prix Th. Herpin (de 1.200 fr.), pour son mémoire sur *l'aliénation des jeunes soldats.*

Le prix Nivet (de 3.000 fr.) est décerné à M. le docteur Arnould, médecin-major de 2e classe au 43e régiment d'infanterie, pour un mémoire intitulé : *De l'assainissement des établissements collectifs.*

M. le docteur Ingelrans obtient la première mention honorable du prix Godard, pour sa thèse intitulée : *Etude clinique des formes anormales du tabes dorsales.*

Une mention honorable du prix Vernois est accordée à M. le docteur Berthier, médecin-major de 1re classe au 110e d'infanterie, à Dunkerque.

Une mention honorable avec une somme de 200 francs, du prix Desportes, à M. le docteur R. Bosquier, pour sa thèse sur : *la nouvelle tuberculine R et son emploi, en particulier dans la tuberculose pulmonaire.*

Service des épidémies. — *Rappel de médaille d'argent ;* M. le docteur Faidherbe (de Roubaix).

Service de l'Hygiène de l'enfance. — Ont obtenu : une *médaille de vermeil* : M. le docteur Joly, de Fauquembergues (Pas-de-Calais) ; une *médaille d'argent* : MM. les docteurs Capelle, de Beaumetz-lez-Cambrai (Pas-de-Calais) ; Gruson, de Marquise (Pas-de-Calais) : Frémicourt, de Jaulgonne (Aisne) ; une *médaille de bronze* : M. le docteur F. Grand, de Lille.

Service de la vaccine. — MM. les docteurs Hervéou, de Saint-Quentin, et Baillez, d'Harnes (Pas-de-Calais), ont obtenu un *rappel de médaille d'argent.* MM. les docteurs Dermigny, de Saint-Simon (Aisne), et Joly, de Fauquembergues (Pas-de-Calais) des *médailles de bronze.*

Nous sommes heureux d'avoir à enregistrer les brillants succès de nos confrères et nous leur adressons avec plaisir nos cordiales félicitations.

Mais on comprendra que nous soyons plus particulièrement sensibles aux récompenses décernées à nos collaborateurs ou aux anciens élèves de notre Université. C'est dans cet esprit que nous félicitons tout particulièrement M. le docteur Arnould, notre sympathique confrère de l'armée ; MM. les docteurs Berthier et Ingelrans, nos distingués collaborateurs, dont nos lecteurs ont pu apprécier les mérites ; M. le docteur Grand, l'aimable vice-président du Conseil de préfecture du Nord, à qui les travaux de l'Administration ne font pas oublier les sciences médicales.

— Le savant économiste Godefroy, mort récemment à Anvers, a légué par testament toute sa fortune, évaluée à la somme de deux millions, à sa ville natale, Dunkerque, à charge pour celle-ci d'y établir des institutions hospitalières.

— **Une association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Lille** est en voie

de formation. Une réunion générale aura lieu le dimanche 18 décembre, à 11 heures, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Saint-Sauveur (entrée par la petite porte des consultations), où seront discutés les statuts et posées les bases de la nouvelle association. Il sera procédé en même temps à l'élection d'un bureau définitif.

Après l'assemblée générale aura lieu un banquet par souscription.

Nous souhaitons à cette association longue vie et prospérité.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Lyon. — Le Conseil de la Faculté a cru ne pouvoir mieux utiliser un crédit mis à sa disposition par le Conseil de l'Université qu'en créant **deux cours de propédeutique**, l'un de propédeutique médicale, confié à M. Roque, agrégé de médecine, l'autre de propédeutique chirurgicale, donné à M. Gangolphe, agrégé de chirurgie.

Nancy. — M. Weiss, professeur de pathologie externe, est, sur sa demande, nommé professeur de clinique chirurgicale.

Marseille. — M. le professeur Livon est nommé directeur de l'Ecole. MM. les docteurs Oddo et Arnaud sont institués suppléants des chaires de pathologie et de clinique médicales. M. le docteur d'Astros est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

Limoges. — Sont institués suppléants : M. le docteur David, de la chaire de pathologie et clinique médicales ; M. le docteur Donnet, des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Grenoble. — M. le docteur Perriol, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Rouen. — M. le professeur Brunon est nommé directeur de l'Ecole. M. Richard, pharmacien supérieur, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

Alger. — Le 7 juillet 1899 s'ouvrira, devant l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

Nantes. — Le 10 juillet 1899 s'ouvrira, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés *officiers d'académie* : MM. les docteurs Martin et Sebillotte, de Paris.

A reçu la *médaille des épidémies* : M. le docteur Trouillet, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Mouche, de Saramon (Gers) ; Laboulbène, professeur d'histoire de la médecine, à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine ; Viguié, médecin aide-major de 1re classe, au 3e dragons ; Janet, de Vincennes (Seine) ; Thomas, de Billom (Puy-de-Dôme).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

49e semaine du 27 Novembre au 10 Décembre 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	4
3 mois à un an	10	7
1 an à 2 ans	4	»
2 à 5 ans	2	»
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	7	8
40 à 60 ans	10	9
60 à 80 ans	10	9
80 ans et au-dessus	2	3
Total	52	41

Répartition des décès par quartier	CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS																				TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès		
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	5	8	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	1	»	1	»	2	2	»	4	»	»	2	»	»	»	»	»	4	16	8
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	3	»	»	»	1	»	1	9	25
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	4	1	»	2	»	»	»	»	»	2	14	25
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	6	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	2	»	1	1	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	7	14	15
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	5	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	2	»	»	1	»	»	5	12	18
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	4
Total	»	»	»	1	»	4	»	4	14	3	13	1	»	14	1	»	1	1	»	36	93	124

N° 102. Deuxième Année, N° 52. Le Numéro : **10** centimes. 25 Décembre 1898.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

S'adresser : Pour tout ce qui concerne la Rédaction, à M. le docteur COMBEMALE, *128, boulevard de la Liberté, Lille.*
Pour l'Administration (abonnements, changements d'adresses, mandats), Imprimerie LE BIGOT FRÈRES, *25, rue Nicolas-Leblanc, Lille*
Pour la publicité du Journal, à M LIDY MONTCLAIRE, *44, rue Saint-Lazare, Paris*

Les abonnements partent du 1er Janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

ABONNEMENTS. — Nous prions instamment nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir, aussitôt que possible, le montant de leur abonnement pour 1899, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté. Passé le 15 janvier, nous ferons recouvrer par la poste.

MODIFICATIONS. — Sur la demande de la plupart de nos lecteurs, le Comité de Rédaction de l'*Echo Médical du Nord* a résolu de modifier la composition habituelle du numéro. A partir du 1er janvier prochain, le Bulletin de la semaine sera moins développé et ne se trouvera plus en tête du journal. Il sera accordé d'autre part une plus large place aux analyses de travaux français et étrangers intéressants. Enfin, les comptes-rendus des séances de la Société centrale de médecine du Nord recevront, paraissant chaque quinzaine, une plus grande extension et la discussion sera reproduite à côté de la communication.

SOMMAIRE

Bulletin de la Semaine. — Nouvelles et informations. — Table alphabétique des matières.

BULLETIN DE LA SEMAINE

A la **Société médicale des Hôpitaux**, M. LEGENDRE se demande ce que peuvent faire les médecins des hôpitaux pour combattre l'alcoolisme ? Dans son service, il fait distribuer aux malades et afficher dans les salles une feuille imprimée résumant les dangers de l'abus des boissons alcooliques. N'y aurait-il pas lieu d'organiser des conférences aux convalescents sur ces dangers ? M. JACQUET est complètement de cet avis. La Société met cette question à l'ordre du jour pour la prochaine séance.

⁂ M. CLAISSE considère la méralgie paresthésique comme une névrite périphérique pouvant résulter de causes multiples. La situation superficielle des gros filets nerveux tégumentaires de la cuisse les rend particulièrement vulnérables, d'où l'existence assez fréquente de méralgie traumatique et a frigore. M. FLORAND en a observé un cas qu'il rattache à l'arthritisme héréditaire. Enfin, M. DALCHÉ cite une femme enceinte chez qui l'affection dépendait d'une compression exercée par l'utérus gravide.

⁂ M. FLORAND communique l'observation d'un malade qui entra dans son service avec tous les symptômes de la rage, treize mois après avoir été mordu par un chien. Envoyé à l'Institut Pasteur, il fut considéré comme atteint d'hystérie ; il succomba le soir même. L'étude du bulbe montra nettement l'existence de la rage.

⁂ M. MARINESCO a constaté, après résection du tronc du nerf phrénique sur des chiens et des lapins, que le noyau de ce nerf apparaît au niveau de la partie inférieure du quatrième segment cervical et se continue jusqu'à la moitié inférieure du sixième segment cervical, à peu près au centre de la corne antérieure. Les cellules qui le constituent ne semblent pas différer beaucoup par leur morphologie du reste des cellules radiculaires.

⁂ M. JACQUET présente un malade de 68 ans,

atteint d'une mutilation grave de tout le membre supérieur gauche, due à une brûlure survenue à l'âge de dix-huit mois. Depuis se sont développées des amyotrophies de la face, du cou et de l'épaule du côté gauche et une rétraction de l'aponévrose palmaire de la main droite. On sait que les lésions médullaires consécutives aux sections nerveuses sont d'autant plus marquées, que l'on a affaire à des sujets plus jeunes.

*** M. RÉNON relate l'histoire d'une fillette de huit ans, atteinte d'une infection intense, avec fièvre, vomissements, diarrhée et congestion pulmonaire, qui s'est jugée le troisième jour par un herpès généralisé. Quelques vésicules se localisèrent pendant quinze jours sur l'index gauche.

A la **Société de chirurgie**, M. DELBET relate l'observation d'un malade chez lequel on avait fait le diagnostic de lymphadénone. En réalité il s'agissait de ganglions hypertrophiés, entourés d'une gangue lipomateuse, et profite de ce cas pour revenir sur la classification des lipomes. Il les divise en deux grandes classes : lipomes d'origine inflammatoire et lipomes vasculaires.

M. TUFFIER, comme M. DELBET, trouve mauvaise la dénomination d'adénolipome. Il propose l'expression de périadénite lipomateuse.

M LEJARS insiste sur la différence très grande, entre le lipome classique, et la lipomatose diffuse, qui n'ont rien de commun au point de vue du pronostic et du traitement.

*** La discussion revient sur le traitement des abcès cérébelleux ; d'après M. GUINARD, la voie postérieure, préconisée par M. PICQUÉ, est excellente, mais pour en user, il faut un diagnostic précis et c'est là la difficulté. Dans la grande majorité des cas, la voie mastoïdienne totale est celle que l'on sera amené à prendre. M. BROCA est un peu de cet avis ; dans un abcès otique avec complications cérébrales, on commence d'abord par nettoyer l'apophyse et la caisse, pour suivre ensuite les fusées purulentes, qu'elles se dirigent vers le cerveau ou vers le cervelet.

A la **Société de biologie,** MM. ACHALME et THÉOHARI rapportent qu'ils ont examiné la moelle dans un cas de myélite transverse portant sur le segment inférieur de la quatrième paire dorsale. Au-dessous de la lésion, virgule de SCHULTZE jusqu'à la dixième paire dorsale. A partir de la neuvième dorsale, faisceau de HOCHE qui se continue au niveau de la douzième avec la bandelette postéro-interne, à laquelle fait suite le centre ovale de FLECHSIG nettement dégénéré au niveau de la troisième lombaire. Dans le cône terminal, les fibres dégénérées sont éparpillées dans le triangle de GOMBAULT et PHILIPPE. La virgule de SCHULTZE représente la dégénérescence de la branche descendante des racines postérieures et le faisceau de HOCHE serait une longue commissure longitudinale. Les fibres clairsemées du triangle de GOMBAULT et PHILIPPE prouvent qu'il y a place pour le passage de fibres radiculaires ascendantes, ainsi que cela a été démontré par DEJERINE et SPILLER.

*** MM. UBRY et FRÉZALS ont fait des expériences pour comparer les quantités respectives d'iodure de potassium qui pénètrent dans le globe oculaire, suivant que cette substance est déposée sur la conjonctive ou ingérée. Déposé sur la conjonctive, il pénètre dans l'humeur aqueuse, mais on n'en trouve dans l'humeur vitrée que lorsqu'il a passé dans la circulation générale. Introduit par le tube digestif, il ne passe pas dans les humeurs de l'œil.

*** M. LEPIERRE a observé la production de gaz dans les cultures de coli-bacille en piqûre sur gélatine nutritive. On trouve le plus souvent l'hydrogène et l'azote. Le bacille d'EBERTH n'a jamais rien donné de semblable.

A la **Société Centrale de Médecine du Nord**, M. LAMBRET montre une main et un avant-bras amputés dans le service de M. le professeur FOLET. A la suite d'un violent traumatisme, le malade avait eu en 1885 l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche écrasée, il existait une fracture comminutive du radius et une fracture compliquée du cubitus. L'observation publiée à cette époque par un élève de M. GUERMONPREZ, dit que la peau se sphacéla sur une grande étendue, mais est muette sur les lésions des parties profondes ; le malade, traité par la conservation et l'autoplastie, finit par guérir après élimination de petites esquilles osseuses. Pendant plusieurs années il put se servir d'une façon très relative de sa main qui se fixait de plus en plus dans la flexion. Très pusillanime, cet homme s'opposait aux tentatives de redressement. Le 15 décembre 1898, il entra à l'hôpital Saint-Sauveur, demandant instamment l'amputation de l'avant-bras. La main est à peu près immobile en flexion, tout le membre est cyanosé, des troubles trophiques (ongle névritique) siégeant au niveau de l'index et du médius ; il n'y a pas d'anesthésie, mais l'hypéresthésie est très marquée ; la main est le siège de douleurs très violentes que réveille le moindre attouchement. Le

membre inutile et douloureux fut sacrifié suivant le désir du malade. A l'examen, on trouva les nerfs enserrés et comprimés par une gangue fibreuse au milieu de laquelle il fallait les sculpter ; un examen histologique sera pratiqué ultérieurement. Particularité intéressante, les tendons fléchisseurs profonds de l'index et du médius avaient dû être sectionnés ou déchirés au moment du traumatisme initial, ils avaient acquis une néo-insertion au niveau du cal de l'ancienne fracture, fortement rétractés, ils contribuaient, dans une large mesure, à la flexion forcée de la main.

*** M. AUSSET relate l'observation d'un enfant entré dans son service pour des accidents subaigus d'infection digestive, greffés sur une entérite chronique, et qui a succombé en quelques heures à un purpura foudroyant, analogue à ceux qu'ont signalés GUELLIOT, HENOCH et LOMBARD. Le soir la fièvre s'allume, monte à 40°, et le lendemain matin, à 5 heures, on s'aperçoit de petites taches purpuriques sur le bras droit. Ces taches grandissent de plus en plus, se réunissent entre elles et l'enfant meurt à 10 heures du matin; au moment de la mort, presque tout le membre supérieur droit est envahi par une vaste ecchymose, et toute la moitié droite du tronc, ainsi que les cuisses, sont recouvertes de petites taches purpuriques. M. AUSSET discute le diagnostic, éliminant les oblitérations vasculaires, la variole hémorrhagique, la scarlatine maligne, et se rattache à un purpura toxique ou infectieux lié à l'infection digestive.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Par arrêté ministériel en date du 15 décembre, notre distingué collaborateur, le docteur René CHARON, médecin-adjoint de l'asile d'aliénées de Bailleul est nommé médecin en chef, directeur de l'asile départemental de la Lozère, à Saint-Alban.

Nous lui adressons toutes nos félicitations pour cet avancement si mérité, en même temps que nous lui exprimons nos regrets de le voir s'éloigner de nous.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le tableau de répartition des internes et des externes pour 1899 a été définitivement établi comme suit :

Hôpital Saint-Sauveur :

Service de M. le professeur FOLET. — Internes : MM. MOUTON et LAMOTE ; externes : MM. PAUCOT, CARPENTIER, SONNEVILLE, VERHAEGHE (Paul) et VERLAINE.

Service de M. le professeur LEMOINE. — Internes : MM. PAQUET et DUBOIS (Charles) ; externes : MM. BARROYER, LEQUINT, LESNE, VALENTIN et FOUQUET.

Service de M. le professeur CHARMEIL. — Interne : M. JULIEN ; externes : MM. LEJEUNE, GALIMANT, GONTIER DE LA ROCHE et CAMUS.

Service de M. le professeur DOUMER. — Externes : MM. MARLIER, NIEPPE et DELATTRE.

Service de M. le professeur agrégé PHOCAS. — Interne : M. VERHAEGHE (Désiré) : externes : MM. BRASSART, DUBOIS (Fernand) et DAVRINCHE.

Service de M. le professeur agrégé AUSSET. — Internes : MM. JOUVENEL et CHATELAIN ; Externes : MM. THOBOIS et DERYCKER.

Service de M. le professeur agrégé CARLIER. — Interne : M. VANDEPUTTE : externes : MM. BODA et KISSELKOFF.

Service de M. le professeur de LAPERSONNE. — Externes : MM. CAUDRON, CASTELAIN, DECKMYN et MONIER.

Service de M. le docteur PATOIR. — Interne : M. HÈZE.

Hôpital de la Charité :

Service de M. le professeur DUBAR. — Internes : MM. DRUCBERT et BRETON ; externes : MM. HEMERY, DE CHABERT, DEMOULIN, MAITREDHÔTEL et LOUBRY.

Service de M. le professeur COMBEMALE. — Interne : M. RAVIART ; externes : MM. DUVIVIER, CHANCEL, BOURNOVILLE et VRAES.

Service de M. le professeur GAULARD. — Interne : M. LECLERCQ ; externes : MM. MAES, CHARLES et PAUL.

Pavillons Victor-Olivier. — Internes : MM. BERTIN et DORION ; externes : MM. CHEVALIER et CRESPIN.

SOUTENANCES DE THÈSES

— M. J.-L.-A. CASTELLANT, pharmacien de 1re classe, moniteur des travaux pratiques d'histologie, externe des hôpitaux, d'Ausauvillers-en-Chaussée (Oise), a soutenu, le lundi 19 décembre, sa thèse de doctorat (5me série, n° 106), intitulée : **Quelques recherches sur les glandes de Brunner.**

— M. L.-A. J. WAGON, d'Epinoy (Pas-de-Calais), a soutenu, le mardi 20 décembre, sa thèse de doctorat (5me série, n° 107), intitulée : **Contribution à l'étude du pronostic des tumeurs myxomateuses des membres.**

M. J.-C. PEL, externe des hôpitaux, de Liomer (Somme), a soutenu, le mardi 20 décembre, sa thèse de doctorat (5me série, n° 108), intitulée : **De l'intervention dans certains cas de cataracte zonulaire.**

— M. C.-O. VIENNE, d'Arras (Pas-de-Calais), a soutenu, le samedi 24 décembre, sa thèse de doctorat (5me série, n° 109) intitulée : **Le furoncle du conduit auditif externe.**

— M. X.-A.-D. BOUTILLIER, de Nédonchel (Pas-de-Calais) a soutenu, le samedi 24 décembre, sa thèse de doctorat (5me série, n° 110), intitulée : **Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie.**

A la suite de nouvelles élections nécessitées par le refus du docteur CASTELAIN de se laisser porter à la vice-présidence pour convenances personnelles, la **Société centrale de médecine du Nord**, a constitué ainsi qu'il suit son bureau pour 1899. Président : M. CARLIER ; vice-président : M. LOOTEN ; secrétaire-général : M. COMBEMALE ; secrétaire des séances : M. LAMBRET ; trésorier : M. DUMONT.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Pages

Abcès du foie, opération de Stromeyer-Little, guérison, par M. POTEL . . . 83

Abcès appendiculaire, rupture au cours du palper abdominal, par MM. CATHELIN et LEVESQUE . . . 477

Académie de médecine : élections 35, 119, 131, 132, 179, 203, 228, 264, 287, 299, 312, 336, 359

Académie des sciences : prix et récompenses . . . 35, 324, 336, 359

Agoraphobie (Un cas d'—), par M. MOUTON . . . 381

Alcoolisme (L'— et les médecins), par M. RUYSSEN . . . 272

Aliénés (Etat physique des — : motilité, fonctions végétatives), par M. KÉRAVAL . . . 102

Aliénation mentale (Le terrain de l'—), par M. KÉRAVAL . . . 352

Anévrysme diffus de la jambe, par M. MOTY . . . 621

Angiomyxôme (De l'— des fosses nasales et de son traitement), par M. GAUDIER . . . 426

Angine de poitrine (Fausse — liée à l'hystérie ou à la maladie de Basedow), par M. INGELRANS . . . 19

Antipyrine (Sur un cas de roséole médicamenteuse due à l'— prise par la voie gastrique), par M. BRONGNIART . . . 404

Antisepsie de l'intestin (Nécessité de faire l'— dans les maladies par autointoxication), par M. DESCHEEMAEKER . . . 52

Appareil ambulatoire pour fracture de jambe, par M. FOLET . . . 14

Arsenicisme (Taches pigmentaires cutanées à forme de masque de grossesse dues à l'—), par M. CARPENTIER . . . 620

Association de prévoyance et de secours mutuels du département du Nord . . . 357

Association amicale des internes et anciens internes de Lille . . . 622

AUSSET. La péritonite tuberculeuse chronique . . . 76

— Angine diphtérique avec croup, tubage prolongé, mort par spasme de la glotte . . . 585

— Angine et laryngite diphtériques chez un sujet de neuf mois . . . 609

AUSSET et CHATELAIN. Un cas d'hydronéphrose calculeuse chez un nourrisson . . . 321

AUSSET et BÉDART. Péritonite tuberculeuse chronique incurable, radiothérapie, guérison . . . 551

Bacille d'Eberth, par M. DESCHEEMAEKER . . . 487

BAROIS. Fracture de la 5me vertèbre cervicale et luxation de la 4me ; dilacération de la moelle . . . 6

BÉDART et MABILLE. Médication thyroïdienne et arsenic . . . 261

BÉDART (V. AUSSET) . . . 551

BÉDART. De quelques moyens de diagnostic tirés de certaines attitudes du corps . . . 608

Belladone (Un cas d'intoxication par la —), par M. MOUTON . . . 166

BERTHIER. Pathogénie de vomissements des phtisiques, vomissements par hyperesthésie pharyngée . . . 28

— Hygiène du pied et suintine . . . 422

BERTIN. Sur un cas d'endocardite mitroaortique végétante subaiguë 367, 607

— Eruption locale consécutive à l'application de teinture d'iode 428

Blépharites (L'acide picrique dans le traitement des —), par M. FAGE . . . 7

Bibliographie. Annuaire des eaux minérales . . . 204

AUSSET. Leçons cliniques sur les maladies des enfants . . . 72

AUSSET. Leçons cliniques sur les maladies des enfants (2e série) . . . 356

BOURNEVILLE. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'hystérie, l'épilepsie et l'idiotie . . . 372

BOURNEVILLE. Manuel pratique de la garde malade et de l'infirmière . . . 120

Pages

Bibliographie CHARRIN, Les défenses naturelles de l'organisme . . . 384

Congrès international de neurologie, psychiatrie, électricité médicale et hypnologie . . . 396

DUHOURCAU. Le diabète sucré et son traitement hydrologique . . . 288

FLOQUET. Code pratique des honoraires médicaux . . . 408

GALLET. Statistique du service chirurgical de l'hôpital St-Jean, à Bruxelles . . . 96

GODART-DANHIEUX. Observations et faits cliniques . . . 250

GODART-DANHIEUX. Le rôle du ferment salivaire dans la digestion . . . 297

HUGOUNENQ. Précis de chimie physiologique et pathologique . . . 59

LAURENT. L'idée fixe et son rôle en pathologie mentale . . . 309

LEFERT. Lexique-formulaire des nouveautés médicales . . . 216

LIMOUSIN. Formulaire des médicaments nouveaux pour 1898 . . . 156

NIL FILATOW. Diagnostic et semeiologie des maladies de l'enfance . . . 192

PETIT. Programme et questionnaire de physiologie . . . 528

— Pour nos enfants . . . 564

PITOU. Manuel pratique de l'examen de la vision . . . 504

RÉGNIER. Radiographie et radioscopie cliniques . .

SASSERRE. Travaux pratiques de micrographie médicale . . . 600

VARIOT. La diphtérie et la sérumthérapie . . . 180

VILLEROY. Tableaux synoptiques de pathologie externe . . . 48

BOURNOVILLE (V. CARRIÈRE) . . . 567

BOURGAIN. De l'emploi de la digitale dans certaines infections . . . 294

BRIQUET et CHOCQUET. Inversion complète de l'utérus . . . 284

BRONGNIART. Sur un cas de roséole antipyrinique . . . 404

BRONGNIART et TRAMPONT. A l'appui de la loi de Louis . . . 499

Bulletins de la Semaine. 1, 13, 25, 37, 49, 61, 73, 85, 97, 109, 121, 133, 145, 157, 169, 181, 193, 205, 217, 229, 241, 253, 265, 277, 289, 301, 313, 325, 337, 349, 361, 373, 385, 397, 409, 421, 433, 445, 457, 481, 493, 505, 517, 565, 577, 589, 601, 613, 625.

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français . . . 228

CAPLET. Un conflit entre le magistrat et l'hôpital Comtesse au XVIIe siècle . . . 392

Cancer épithélial et méthode de Czerny et Trunececk, par M. DOIZY . . . 584

CARLIER. Traitement de l'hydrocèle vaginale . . . 268

— Diarrhée et infection urinaire . . . 519

— L'épididymite comme symptôme primordial de l'infection urineuse chez des rétrécis . . . 590

CARPENTIER. Taches pigmentaires cutanées à forme de masque de grossesse dues à l'arsenicisme . . . 620

CARRIÈRE. La sacrococcygodynie . . . 539

— Des éruptions médicamenteuses . . . 111

— Sur un cas de faux diabète hystérique . . . 258

— Causes, mécanisme, étendue et effets des déplacements du cœur et des organes abdominaux dans les épanchements pleurétiques . . . 290

— Note bactériologique sur un cas de rhumatisme articulaire subaigu . . . 347

CARRIÈRE et BOURNOVILLE. Valeur séméiologique des cellules éosinophiles dans les crachats tuberculeux . . . 567

Pages

Charmeil. Traitement du lupus tuberculeux par les injections mercurielles intramusculaires et l'iodure de potassium à l'intérieur . . . 328
Chancre oculaire, par M. de Lapersonne . . . 458
Charon. La paralysie générale chez la femme dans le département du Nord . . . 244
Chatelain (V. Ausset) . . . 321
Cathelin et **Levesque**. Rupture d'abcès appendiculaire au cours du palper abdominal . . . 477
Cathelin. Ozène guéri par le sérum antidiphtérique . . . 561
Cholérine (Remarques sur la gastroentérite aiguë nommée — par certains classiques), par M. Vanhersecke . . . 562
Colique saturnine; traitement par les injections sous cutanées de sérum artificiel, par M. Deléarde . . . 315
Chocquet (V. Briquet) . . . 284
Classification des maladies mentales, par M. Kéraval . . . 389
Combemale. L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques . . . 100
Combemale. Traitement de l'hémoptysie tuberculeuse . . . 411
Combemale et **Desoil**. Valeur de l'ichtyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire . . . 187
Combemale et **Gaudier**. L'opothérapie thyroïdienne dans les accidents hémophiliques . . . 198
Combemale et **Gaudier**. Un cas de goitre exophtalmique : action de la sympathicotomie sur l'exorbitisme et sur la tachycardie 220
Combemale et **Sonneville**. Pathogénie de l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique . . . 610
Comité central de vaccine du Nord . . . 358
Concours pour l'admission à l'École du service de santé militaire 131, 323, 491
Congrès des aliénistes et neurologistes . . . 398
IV[e] Congrès français de médecine. 71, 131, 203, 207, 218, 242, 256, 267, 336
IV[e] Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale. 95, 371, 386, 410
Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. 96, 407, 611
Congrès international de médecine en 1900. . 239, 263, 275, 299, 323, 576, 588
Conseil supérieur de l'assistance publique . . . 59
Corps de santé militaire. . 71, 179, 215, 239, 287, 299, 336, 359, 420, 491, 492, 516, 527
Correspondance . . . 154
Cystocèle compliquée de calcul par M. Lambret . . . 189

Déambulation des fracturés de jambe, par M. Folet . . . 282
Decoopman (V. Quiret) . . . 232
Deléarde. Un cas de pleurésie tuberculeuse récidivée . . . 163
— Le traitement de la colique saturnine par les injections sous-cutanées de sérum artificiel . . . 315
— Complications bronchopulmonaires de la fièvre typhoïde. 569
Désarticulation de la hanche par la raquette externe modifiée, par M. Moty . . . 575
Dermatol dans les diarrhées non infectieuses, par MM. Quiret et Decoopman . . . 232
Deroide. Sur la présence de l'urobiline dans l'urine . . . 32
Deroide et **Lecompt**. Sur la présence d'un pigment spécial dans l'urine des saturnins . . . 165
Descheemaeker. Nécessité de faire l'antisepsie de l'intestin dans les maladies par auto-intoxication . . . 52
— De la saccharine comme antiseptique intestinal. 170
— Le bacille d'Eberth . . . 487
Desoil (V. Combemale) . . . 187
— Note sur deux cas de méningite cérébro-spinale épidémique 316
— Note sur une variété anormale de tuberculose pleuro-pulmonaire . . . 344
Distinctions honorifiques 12, 24, 48, 70, 95, 107, 132, 155, 179, 204, 244, 276, 312, 324, 359, 371, 383, 396, 444, 492, 503, 516, 528, 564, 576, 588, 600, 612, 624
Diabète hystérique (Sur un cas de faux —, par M. Carrière . . 258
Diagnostic (De quelques moyens de — tirés de certaines attitudes du corps), par M. Bédart . . . 603
Diarrhée et infection urinaire, par M. Carlier . . . 521
Digitale (L'emploi de la — dans certaines infections), par M Bourgain . . . 294
Diphtérie et croup, tubage prolongé, mort par spasme de la glotte, par M. Ausset . . . 585
Diphtérie (angine et laryngite chez un sujet de neuf mois), par M. Ausset . . . 609
Doizy. Cancer épithélial et méthode de Czerny Trunececk . . . 584
Donation du docteur Calmette . . . 527
Dubar. Accident rare que l'on peut faire entrer dans les suites éloignées de l'hystérectomie . . . 8
— Pied bot équin valgus creux paralytique; arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne . . . 45
— Kyste dermoïde de l'ovaire droit prolabé dans le sac de Douglas, extirpation par le vagin . . . 68
— Hydronéphrose du rein gauche, néphrectomie transpéritonéale, guérison . . . 212
— Lymphangite gangréneuse récurrente sous-mammaire gauche . . . 246
— Ostéopériostite nécrosique du maxillaire inférieur par infection salivaire . . . 279
— Occlusion intestinale par volvulus dans une hernie inguinale interstitielle acquise . . . 447
Dubois. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ictère par rétention . . . 482
Dystrophie unguéale hystérique, par MM. Moty et Fromont . . 43

Ecoles de médecine de province. . . 48, 107, 119, 132, 155, 179, 204, 264, 276, 287, 300, 324, 359, 371, 383, 395, 492, 510, 599, 624
Ecole de médecine d'Amiens . . . 47, 275, 335, 527, 576, 599
Elections législatives ou sénatoriales . . . 36, 240, 275
Eosinophiles (Valeur semeiologique des cellules dans les crachats tuberculeux, par MM. Carrière et Bournoville . . . 567
Endocardite mitroaortique végétante subaiguë, par M. Bertin. 367, 607
Epanchements pleurétiques (Causes, mécanisme, étendue et effets des déplacements du cœur et des organes abdominaux dans les —), par M. Carrière . . . 290
Eruption médicamenteuse par le sublimé en applications externes, par M. Leclercq . . . 263
Eruptions médicamenteuses, par M. Carrière . . . 111
Eruption purpurique chez un catarrheux pulmonaire, par M. Mouton . . . 177
Eruption locale consécutive à l'application de teinture d'iode, par M. Bertin . . . 428

Fage. L'acide picrique dans le traitement des blépharites . . . 7
— Pathogénie et semeiologie du ptosis . . . 596
Fièvre typhoïde (Complications bronchopulmonaires dans la —), par M. Deléarde . . . 569
Fibrome nasopharyngien (Extirpation extemporanée par la bouche d'un —), par MM. Jousset et Trouchaud . . . 128
Fibrome de l'ovaire (Volumineux —, sans ascite), par M. Potel. 307
Folet. Appareil ambulatoire pour fractures de jambe . . . 14
— Note sur le traitement des flexions utérines (cunéo-hystérectomie vaginale) . . . 209
— La déambulation des fracturés de jambe . . . 282
— Le tétanos et son traitement . . . 339
— Lit à tiroirs mobiles . . . 513
— Difficultés de diagnostic de certains kystes de l'ovaire . . 615
Formulaire . . . 285
Fromont (V. Moty) . . . 666

Gaudier. Du décollement du pavillon de l'oreille et de l'incision du conduit comme voie d'accès pour l'extraction des corps étrangers de la caisse . . . 65
— Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et du traitement des kystes du pavillon de l'oreille . . . 175
— De l'angiomyxôme des fosses nasales et de son traitement. 426
— Traitement opératoire endolaryngé des polypes du larynx . . . 506
Gaudier. (V. Combemale) . . . 198, 221
Gilbert. (V. Surmont) . . . 135, 147
Goître exophtalmique (Un cas de —; action de la sympathicotomie (opération de Jaboulay) sur l'exorbitisme et sur la tachycardie), par MM. Combemale et Gaudier . . . 220
Goître exophtalmique et hystérie avec accès d'automatisme ambulatoire, par M. Raviart . . . 236

Pages

Grossesse extra-utérine, extirpation totale du kyste fœtal, guérison, par M. Lambret ... 605
Hématocèle rétro-utérine (Forme rare de l'—), par M. Lambret. 224
Hémiplégie postchloroformique (A propos d'un cas de —), par M. Ingelrans ... 303
Hémiplégie hystérique, par M. Mouton ... 403
Hemoptysie tuberculeuse (Traitement de l'—), par M. Combemale. 411
Hernie crurale étranglée, réduction au bout de 30 heures, mort par péritonite, par M. Lambret ... 355
Hernies inguinales (Cure radicale des —, perfectionnement au procédé Duplay-Cazin-Faure), par M. Lambret ... 152
Hernie ombilicale étranglée par vive arête, kélotomie, guérison, par M. Potel ... 68
Hygiène du pied et suintine, par M. Berthier ... 422
Hygiène pratique : Urine de digestion d'asperges ... 274
Hystérie, son étiologie héréditaire, par M. Vanhersecke ... 455
Hystérique (Hémicontracture posthémiplégique —), par MM. Mouton et Sonneville ... 442
Hydronéphrose calculeuse chez un nourrisson, par MM. Ausset et Chatelain ... 221
Hôpitaux de Paris ou de province. 12, 107, 132, 155, 324, 336, 359, 564, 599
Hydrocèle vaginale (Traitement de l'—), par M. Carlier ... 268
Hydronéphrose du rein gauche, néphrectomie transpéritonéale, guérison, par M. Dubar ... 212
Hystérectomie vaginale (Note sur le traitement opératoire des flexions utérines : cunéo- —), par M. Folet ... 209
Hystérectomie (Accident rare que l'on peut faire rentrer dans les suites éloignées de l'—), par M. Dubar ... 8

Ichthyol (Valeur de l'— dans le traitement de la tuberculose pulmonaire), par MM. Combemale et Desoil ... 187
Ictère par rétention, contribution à l'étude de sa pathogénie, par M. Dubois ... 482
Infection urineuse (De l'épididymite comme symptôme primordial de l'— chez des rétrécis, par M. Carlier ... 590
Ingelrans. Fausse angine de poitrine liée à l'hystérie ou à la maladie de Basedow ... 19
— Un nouveau cas de méralgie paresthésique ... 63
— Rhumatisme et traumatisme, à propos d'un cas clinique ... 124
— A propos d'un cas d'hémiplégie postchloroformique. 303
— Pathogénie de l'iridoplégie réflexe (signe d'Argyll Robertson) ... 363
— Drogues du XVIIe siècle, Nicolas Lemery ... 463
— Coïncidence du tabes de la maladie de Basedow et du mal comitial ... 580
Intérêts professionnels. Affranchissement des notes d'honoraires. 10
De l'encombrement des Sociétés de secours mutuels par des membres qui, vu leur situation sociale, ne devraient pas participer aux soins médicaux. 35
Une nouvelle et curieuse définition du délit d'exercice illégal de la médecine ... 69
Exercice illégal de la médecine par une sage-femme. 94
Encore un article de la loi sur l'exercice de la médecine qu'il ne faut pas prendre à la lettre ... 107
Propriété exclusive de la désignation arbitraire d'une maison de santé ... 131
Médecine et médecins fin de siècle ... 154
Le prolétariat des médecins ... 173
Des limites de la responsabilité du médecin en cas d'application d'un traitement nouvellement préconisé ... 191
Le pharmacien qui délivre sans ordonnance de médecin une préparation médicinale non formulée au Codex ne commet pas le délit d'exercice illégal de la médecine ... 203
Le secret médical et les statistiques municipales ... 214
Commune, service médical, gratuité ... 215
De l'étendue du privilège du médecin pour frais de la dernière maladie ... 248
Responsabilité médicale, faute lourde, accouchement. 263
Médecin, délivrance de certificat ... 286
La théorie des deux éléments constitutifs du délit d'exercice illégal de la médecine devant la Cour d'appel de Grenoble ... 299
Responsabilité médicale : emploi du cyanure de mercure ... 310
Sur le secret médical ... 323
La loi donne aux médecins seuls le droit d'exercer la médecine et en leur conférant ainsi ce monopole ne leur permet ni de l'aliéner ni de le déléguer. 370
Responsabilité des somnambules dans l'exercice illégal de la médecine ... 406
Exercice illégal de la médecine ... 430
Pharmacien, exécution des ordonnances du médecin. 453
Institut Pasteur. Laboratoires d'enseignement ... 551
— (Déclaration d'utilité publique de l'—) ... 250
Internat à Lille, par M. Painblan ... 551
Inversion complète de l'utérus, par MM. Briquet et Chocquet ... 284
Iridoplégie réflexe (Signe d'Argyll Robertson), sa pathogénie, par M. Ingelrans ... 363

Journaux nouveaux ... 12, 84, 120, 587
Jousset et Trouchaud. Extirpation extemporanée par la bouche d'un fibrome naso-pharyngien ... 128

Kéraval. L'état physique des aliénés : motilité, fonctions végétatives ... 102
— Le diagnostic de la paralysie générale ... 181
— Statistique des aliénés du sexe masculin du département du Nord ... 320
— Le terrain de l'aliénation mentale ... 352
— La classification des maladies mentales ... 388
— La manie aiguë ... 495
Kystes du pavillon de l'oreille (Contribution à l'anatomie pathologique et au traitement du —), par M. Gaudier ... 175
Kystes hydatiques du foie, par MM. Gilbert et Surmont. 135, 147
Kystes de l'ovaire (Difficultés de diagnostic de certains —), par M. Folet ... 615
Kyste dermoïde de l'ovaire droit prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, extirpation par le vagin, par M. Dubar ... 68

Laguesse. Les organites de la sécrétion interne dans le pancréas 399
— Sur la segmentation et certains troubles de la segmentation ... 469
Lambret. Ulcère de l'estomac et ses complications ... 87
— Cure radicale des hernies inguinales (perfectionnement au procédé Duplay-Cazin-Faure) ... 152
— Cystocèle compliquée de calcul ... 189
— Forme rare d'hématocèle rétro-utérine ... 224
— Hernie crurale étranglée, réduction au bout de trente heures, mort par péritonite ... 355
— La péritonite aiguë par perforation spontanée de l'intestin ... 434
— Grossesse extra-utérine, extirpation totale du kyste fœtal, guérison ... 605
De Lapersonne. De l'ophtalmie métastatique ... 39
— Du ptosis ... 194
— Du chancre oculaire ... 458
Lavialle et Ruyssen. La stypticine dans les épistaxis utérines et les hémoptysies ... 225
Lecompt (V. Deroide) ... 165
Levesque (V Cathelin) ... 477
Linite plastique (Sur un cas de —), par M. Verhaeghe ... 449
Lit à tiroirs mobiles, par M. Folet ... 513
Loi de Louis (A l'appui de la —), par MM. Brongniart et Trampont 499
Lupus tuberculeux. Traitement par les injections mercurielles intra-musculaires et l'iodure de potassium à l'intérieur, par M. Charmeil ... 328
Lymphangite gangréneuse récurrente sous-mammaire gauche, par M. Dubar ... 246

Mabille (V. Bédart) ... 261
Maladie d'Addison (Un cas de —), par M. Mouton ... 525
Manie aiguë, par M. Kéraval ... 495
Médication thyroïdienne et arsenic par MM. Bédart et Mabille. 261
Méningite (Trépanation et drainage arachnoïdien dans la —), par M. Moty ... 159

Pages

Méningite cérébro-spinale épidémique (Note sur deux cas de —), par M. Desoil 326
Méralgie paresthésique (Un nouveau cas de —), par M. Ingelrans 63
Mercurielle (Trois cas d'intoxication —), par M. Patoir. 3
— Notes sur un cas d'intoxication mercurielle par voie obstétricale, mort par anurie, par M. Patoir . . 521
Monument Tarnier. 108
— Pasteur. 503
— Charcot 492 587
Moty et Fromont. Dystrophie unguéale hystérique 43
Moty. Trépanation et drainage arachnoïdien dans la méningite . 159
— Désarticulation de la hanche par la raquette externe modifiée 575
— Anévrysme diffus de la jambe 621
Mouton. Un cas d'intoxication par la belladone 166
— Eruption purpurique chez un catarrheux pulmonaire . 177
— Miliaire et prurigo localisés au point d'application antérieure de vésicatoires 247
— Un cas d'agoraphobie 381
— Un cas d'hémiplégie hystérique 403
— Un cas de maladie d'Addison 525
Mouton et Sonneville. Hémi-contracture post-hémiplégique d'origine hystérique. 442
Myxôme du bras avec zone périphérique sarcomateuse; pronostic des myxômes, par M. Potel 557

Nécrologie. 12, 24, 36, 48, 59, 72, 108, 120, 132, 156, 168, 179, 204, 216, 228, 240, 252, 264, 276, 287, 300, 312, 324, 336, 360, 371, 383, 396, 407, 420, 432, 444, 456, 468, 480, 492, 504, 516, 528, 564, 576, 588, 600, 611, 624, 628.
Nominations dans le cadre du service de santé (active, réserve, territoriale) 119, 215, 359
Notes de matière médicale : gaïacophosphal et créosotal. 598
Nouvelles et informations 275, 599, 611, 623, 627

Occlusion intestinale par volvulus dans une hernie inguinale interstitielle acquise, par M Dubar 447
Ophtalmie métastatique, par M. De Lapersonne 39
Opothérapie thyroïdienne dans les accidents hémophiliques, par MM. Combemale et Gaudier. 198
Ouvrages reçus, 12, 24, 72, 84, 110, 180, 288, 300, 312, 324, 336, 372
Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, par MM. Combemale et Sonneville 610
Ostéo-périostite nécrosique du maxillaire inférieur par infection salivaire, par M. Dubar 279
Oui Note sur un cas de rétroflexion de l'utérus gravide 332
— Perception des pulsations cardiaques du fœtus par le palper abdominal dans un cas de présentation de la face . . 366
Ozène guéri par le sérum antidiphtérique, par M. Cathelin . . . 561

Painblan. L'internat à Lille. 545
Pancréas (Des organites de la sécrétion interne dans le —), par M. Laguesse 399
Paralysie générale (Le diagnostic de la —), par M. Kéraval . . 182
Paralysie générale chez la femme dans le département du Nord, par M. Charon. 244
Patoir. Trois cas d'intoxication mercurielle. 3
— Notes sur un cas d'intoxication mercurielle par voie obstétricale, mort par anurie 521
Pavillon de l'oreille (Du décollement du) — et de l'incision du conduit comme voie d'accès pour l'extraction des corps étrangers de la caisse, par M. Gaudier. 65
Perception des pulsations cardiaques du fœtus par le palper abdominal dans un cas de présentation de la face, par M. Oui 366
Péritonite aiguë par perforation spontanée de l'intestin, par M. Lambret 434
Péritonite tuberculeuse chronique, par M. Ausset 76
Péritonite tuberculeuse chronique incurable, radiothérapie, guérison, par MM. Ausset et Bédart 555
Pied-bot équin valgus creux paralytique; arthrodèse de l'articulation tibiotarsienne, par M. Dubar. 45
Pleurésie tuberculeuse récidivée, par M. Deléarde 163
Polypes du larynx (Traitement opératoire endolaryngé des —), par M. Gaudier 506

Potel. Hernie ombilicale étranglée par vive arête, kélotomie, guérison 68
— Abcès du foie, opération de Stromeyer-Little, guérison. . 83
— Rupture de la rate par coup de pied de cheval 199
— Volumineux fibrome de l'ovaire sans ascite 306
— Myxôme du bras avec zone périphérique sarcomateuse, pronostic des myxômes 557
— Synovite à grains riziformes de la bourse trochantérienne sous-aponévrotique 647
Ptosis (Pathogénie et séméiologie du —), par M. Fage 596
Ptosis (Du —), par M. de Lapersonne. 193

Quiret et Decoopman. Le dermatol dans les diarrhées non infectieuses 234
Rate (Rupture de la —) par coup de pied de cheval, par M. Potel 199
Raviart. Sur un cas de goitre exophtalmique et hystérie avec accès d'automatisme ambulatoire. 236
Raymond. Tuberculose polyviscérale : pulmonaire, surrénale, testiculaire. 140
Régime d'études médicales (Nouveau —) 47
Règlement sur les jurys de thèse 59
Rétroflexion de l'utérus gravide, par M. Oui 332
Rhumatisme articulaire subaigu (Note bactériologique sur un cas de —), par M. Carrière 247
Rhumatisme et traumatisme, à propos d'un cas clinique, par M. Ingelrans 124
Roux. Sa biographie 530
— Discours à la séance publique de rentrée de l'Université . 530
Ruyssen. L'alcoolisme et les médecins. 272
— (V. Lavialle) 225

Séance solennelle de rentrée des Facultés. 310, 527, 529
Saccharine (De la —) comme antiseptique intestinal 170
Sacrococcygodynie, par M. Carrière. 592
Société de chirurgie 36, 179, 336
Société de médecine légale 503
Société anatomique. 563
Société centrale de médecine du Nord, 27, 51, 75, 99, 123, 147, 170, 194, 231, 255, 279, 302, 326, 351, 494, 518, 554, 578 602, 626, 627
Société de patronage des étudiants étrangers. 335
Saturnins (Sur la présence d'un pigment spécial dans l'urine des —), par MM. Deroide et Lecompt. 165
Sonneville (V. Mouton) 442
— (V. Combemale). 610
Statistique des aliénés du sexe masculin du département du Nord, par M. Kéraval 320
Statistique générale des étudiants des écoles de province . 276, 335
Statistique de l'office sanitaire de Lille. . 12, 24, 36, 48, 60, 72, 84, 96, 108, 120, 132, 144, 156, 168, 180, 192, 204, 216, 228, 240, 252, 264, 276, 288, 300, 312, 324, 336, 348, 360 272, 384, 396, 408, 420, 432, 444, 456, 468, 480, 492, 504, 516, 528, 564, 576, 588, 600, 612, 624, 628.
Surmont (Gilbert et —). Kystes hydatiques du foie. 135, 147
Stypticine dans les épistaxies utérines et les hémoptysies. . . . 225
Sympathique (De l'influence du cordon cervical du — sur la fréquence des battements du cœur), par M. Wertheimer . 374
Syndicat médical de Lille et de la région 34, 515, 586
Synovite à grains riziformes de la bourse trochantérienne, sous-aponévrotique, par M. Potel. 617

Tabes (coïncidence du —), de la maladie de Basedow et du mal comitial, par M. Ingelrans 580
Segmentation et certains troubles de la segmentation, par M. Laguesse 469
Tableau des heures des cours et exercices pratiques à la faculté de médecine et de pharmacie. 143, 542
Tétanos et son traitement, par M. Folet 339
Thallium (L'acétate de —) contre les sueurs nocturnes des phtisiques, par M. Combemale 100
Thérapeutique. Traitement du tœnia chez les enfants. 479
— Traitement des vomissements par le menthol. . 490
Trampont (V. Brongniart) 499

Pages

Trouchaud (V. Jousset) . . . 128

Tuberculose pleuro-pulmonaire, variété anormale, par M. Desoil 344

Tuberculose polyviscérale : pulmonaire, surrénale, testiculaire, par M. Raymond . . . 141

Ulcère de l'estomac et ses complications, par M. Lambret . . . 87

Union des syndicats médicaux de France . . . 599

Université de Lille. Nominations ministérielles ou rectorales, 11, 23, 70, 84, 119, 131, 167, 203, 215, 227, 287, 323, 335, 359, 383, 395, 503, 576, 599.

Soutenances de thèses, 11, 59, 70, 84, 107, 144, 168, 227, 239, 263, 299, 311, 323, 335, 348, 371, 588, 599, 611, 623, 627.

Commission administratives des hospices. . . . 11

Médecins des dispensaires, d'état-civil (services municipaux) . . . 11

Elections . . . 23

Distinctions honorifiques, correspondances aux Sociétés savantes . . . 119, 131, 252, 383

Récompenses académiques. . . . 168, 359, 395, 623

Dons . . . 168

Distinctions honorifiques . . . 215, 527, 563

Conseil de l'Université. . . . 227

Concours pour l'internat, l'externat, les clinicats, 467, 527, 587, 599, 611, 627.

Concours pour les bourses de doctorat, de pharmacien 491

Université de Paris. Concours d'agrégation, 11, 35, 47, 59, 71, 84, 95, 119, 144, 155, 168, 203, 215, 228, 239, 252, 263, 287, 299, 311, 527.

Concours pour l'internat, les clinicats, le bureau central 11, 252, 264, 300, 336, 563.

Récompenses aux thèses. . . . 47

Nominations. . . . 119, 612

Université de Nancy . . . 11, 563, 588

— de Montpellier . . . 119, 155, 203, 336

— de Toulouse . . . 11, 336, 563, 624

— de Bordeaux, 11, 59, 107, 119, 179, 240, 330, 383, 392, 563, 576

— de Lyon. . . . 59, 95, 203, 563, 624

Universités étrangères . . . 12, 287

Urobiline dans l'urine (Sur la présence de l'—), par M. Deroide. 32

Variétés. L'hygiène des hôtels . . . 9

Une façon d'empêcher les enfants de crier . . . 35

La population de la France en 1896. . . . 47

Les bains dans les hôpitaux anglais. . . . 59

Superstition macabre. . . . 69

Un corps étranger peu ordinaire . . . 131

Médecine et médecins fin de siècle . . . 155

La Chine et l'encombrement de la profession médicale 167

Le massage militaire. . . . 167

Annulation de l'engagement de payer le prix d'une opération chirurgicale . . . 177

La faculté de médecine de Halle . . . 177

Un saint médical . . . 178

Un homme qui a la vie dure . . . 178

Pratiques empiriques des Flandres au XIX[e] siècle, par le docteur Haan. . . . 200

Les sages-femmes et le forceps . . . 201

Le bon vieux temps . . . 202

La valeur marchande d'un médecin. . . . 202

Tuberculose et mariage. . . . 213

La menstruation et ses effets à distance. . . . 214

A propos de la stérilité. . . . 214

Les spécialistes à l'étranger. . . . 226

Présence du bacille de la diphtérie dans l'eau bénite . . 227

Un non-combattant. . . . 239

Contre la tuberculose. . . . 249

Fantaisies électro-anglaises. . . . 274

Variétés. La population de nos Universités . . . 286

Médecin centenaire. . . . 286

Encombrement. . . . 285

Les chirurgiens barbiers en Suède : un peintre paysagiste ancien apprenti chirurgien . . . 297

Les hôpitaux militaires de Cuba. . . . 298

Visite médicale pour les permissionnaires. . . . 298

Les progrès de la crémation . . . 298

Les médecins à Java . . . 298

La langue médicale. . . . 309

Chronique pharmaceutique . . . 310

A propos du vésicatoire. . . . 310

Une jolie anecdote médicale. . . . 323

Le médecin de campagne, vers . . . 334

Empirisme indigène et opothérapie . . . 369

Un exemple à imiter. . . . 369

Effets de la bicyclette. . . . 369

Triste statistique. . . . 369

L'âge des ivrognes . . . 369

Le nombre des mots employés dans les différentes langues actuellement en usage . . . 370

Les suites d'une guerre. . . . 383

Discours à mon premier cheval en juin 1876 . . . 394

La médecine dans le Cambrésis au XIII[e] siècle . . . 405

Définitions . . . 406

La clientèle dans le Sud africain . . . 419

L'ordre des médecins. . . . 429, 444

Diagnostic imprudent. . . . 430

La médecine de la superstition . . . 430

Médecins anglais. . . . 444

Maladies et signes à noms propres . . . 467

Triste conditions des médecins dans le Tessin. . . . 467

La variole chez les vaccinés et les non vaccinés . . . 586

Un nourrisson à tête de serpent . . . 490

L'homme à la tête qui grossit . . . 491

Satire contre les médecins, par Cyrano de Bergerac . . 502

Le premier jour de consultation d'un docteur . . . 515

Les dix préceptes de l'hygiène générale de la femme . 526

Fabrication des pièces de monnaie ancienne. . . . 563

Enrhumé, vers. . . . 622

L'hygiène à la caserne . . . 622

Un singulier record . . . 622

Les plantes vénéneuses et nos enfants. . . . 622

Vertèbre cervicale (Fracture de la 5[e] — et luxation de la 4[e] ; dilacération de la moelle), par M. Barois . . . 6

Vésicatoires (Miliaire et prurigo localisés au point d'application antérieure de —), par M. Mouton. . . . 247

Verhaeghe. Sur un cas de linite plastique . . . 449

Vanhersecke. L'étiologie héréditaire de l'hystérie. . . . 455

— Remarques sur la cholérine . . . 563

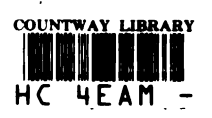
Vomissements des phtisiques (Pathogénie des —), vomissements par hypéresthésie pharyngée, par M. Berthier . . . 28

Wertheimer. De l'influence du cordon cervical du sympathique sur la fréquence des battements du cœur. . 374

— De l'excitabilité du sympathique cervical dans certaines conditions expérimentales et pathologiques . . . 378

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc

Le gérant Th. CLERQUIN


COUNTWAY LIBRARY
HC 4EAM -

